

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Eficacia de un curso de ética para elevar el nivel de
conocimientos de ética en estudiantes de Medicina
Humana de la Universidad Nacional San Luis
Gonzaga de Ica-2005**

TESIS

para obtener el grado académico de Doctor en Medicina

AUTOR

León Llacsá Soto

Lima – Perú

2006

Dedicatoria.

A mis queridos padres: Lucio y Dominga.

A mis hermanos: Tomás y Rita.

A mi esposa Agustina.

A mis hijos: Leonel y Karina.

Y a los Estudiantes de Medicina

luces y fuentes de Inspiración.

RECONOCIMIENTO

Al Maestro Dr. Pedro Ortiz Cabanillas, por sus enseñanzas y orientación permanente en el Post Grado.

A mi Asesor Dr. Juan E. Ceccarelli Flores, por su invalorable apoyo y gran amistad.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN EN ESPAÑOL	06
RESUMEN EN INGLÉS	07
ACRÓNIMOS	08
INTRODUCCIÓN	09

CAPITULO I : PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.	DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.3.	OBJETIVOS	13
1.4.	IMPORTANCIA	13

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1.	ANTECEDENTES	15
2.2.	BASE TEÓRICA	18
2.3.	CONCEPTUALIZACIÓN DE TÉRMINOS	45

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.	HIPÓTESIS	53
3.2.	VARIABLES	53
3.3.	DISEÑO METODOLÓGICO	53
3.4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	54

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1.	RESULTADOS	55
4.2.	DISCUSIÓN	65

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

5.1.	CONCLUSIONES	70
5.4.	RECOMENDACIONES	71

	BIBLIOGRAFÍA	72
--	--------------	----

ANEXOS

	ÍNDICE DE ANEXOS	76
	A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	77
	B. PRETEST	78
	C. ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES	79
	D. SÍLABO DEL CURSO DE ÉTICA MÉDICA	80

RESUMEN

Las manifestaciones de una Práctica Médica despersonalizada que promueve tecnificación y mercantilismo, una Educación Médica con orientación curativa – reparativa y una Enseñanza de la Ética sin repercusiones suficientes en su formación; motivaron el presente estudio longitudinal y correlacional para determinar la variación del nivel de conocimientos de Ética en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, a través de la aplicación de un Pretest y de un Postest a 132 estudiantes del sexto año luego de un curso de ética médica recién instaurada.

Los resultados muestran un nivel bajo de conocimientos (promedio: 8,23) luego del Pre test, y un incremento hasta un nivel medio (promedio: 11,58) luego del desarrollo del Curso de Ética, que se confirma con la correlación Pearson de puntajes pre y postest (0.69, $p < 0.05$) y la comparación de promedios por medio de la t pareada (10.87, $p < 0.01$) con significación estadística.

Se concluye que la incorporación del curso de Ética al currículo eleva significativamente el nivel de conocimientos básicos de Ética de los estudiantes.

SUMMARY

The manifestations of a depersonalized Medical Practice that promotes automation and mercantilismo, a Medical Education with curativa direction - reparativa and an Education of the Ethics without sufficient repercussions in its formation; they motivated the present study to determine the variation of the level of knowledge of Ethics in students of the Medicine Faculty of the National University "San Luis Gonzaga" of Ica, through the application of a Pretest and a Posttest to 132 students of 6th year 2005 during the course of a course of medical ethics just restored.

The results show to a level under knowledge (average = 8,23) at the Pre test, and an increase until a mean level (average = 11,58) after the development of the Course of Ethics, that confirms with the correlation Pearson of puntajes pre and posttest (0,69, $p < 0,05$) and the comparison of averages by means of the twin t (10,87, $p < 0,01$) with statistical meaning.

One concludes that the incorporation of the course of Ethics to currículo significantly elevates the level of knowledge of Ethics of the students.

ACRÓNIMOS

UNICA	Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica
UNMSM	Universidad Nacional Mayor de San Marcos
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México.
FM	Facultad de Medicina
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación Ciencia y Cultura
AMM	Asociación Médica Mundial
DRAE	Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua
ESAP	Escuela de Salud Pública del Perú
OSCE	Examen Clínico Objetivo Estructurado
ASPEFAM	Asociación Peruana de Facultades de Medicina
FEPAFEM	Federación Panamericana de Facultades de Medicina
CAFME	Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina

I.- INTRODUCCIÓN

La creciente asimetría entre el notable desarrollo científico tecnológico y el menos aparente desarrollo ético moral, se evidencia día tras día, en todas las áreas de la actividad humana, esta realidad se vive con mayor impacto en el campo de la Medicina Humana, fundamentalmente porque atañe a la vida y a la salud en conjunción; y porque el médico labora bajo la concepción y significado social, de ser la profesión mas obligada por el mejor conocimiento, formación y deber a desarrollarlos, con el mayor humanismo posible, cualquiera sea el área de desempeño.

Desafortunadamente en el trabajo médico actual, se evidencian muestras de un afán utilitarista mercantil, que le hace perder su sensibilidad, humanismo y sentido social, lo que aumenta la probabilidad de inconductas profesionales y faltas a la moral y a la ética, de las cuales somos testigos pasivos.

Por ello, la revisión conceptual y evolutiva del marco ético, de la educación médica y de la enseñanza de la ética en las escuelas de medicina, se desarrollan como imperativo teórico fundamental en los primeros capítulos de su contenido.

En ese contexto, el presente estudio determina la variación del nivel de conocimientos de ética antes y luego de la instauración del desarrollo del curso de Ética Médica en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica, en el año 2005, usando metodología activa de aprendizaje aplicando pretest y posttest de conocimientos y una encuesta a los estudiantes para calificar los métodos de aprendizaje.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La realidad de la práctica médica actual es de carácter asistencial y curativa, con tendencia a considerar al paciente como objeto de estudio y candidato a ser un consumidor de tecnología, donde la relación médico-paciente muestra rasgos de insensibilidad y deshumanización, haciendo del Médico un prestador de servicios sin interés por la atención integral y el sentido social de la profesión.

En otra área fundamental del trabajo médico, como es la docencia, no se asume aún completamente el desarrollo de la responsabilidad académica docente, observándose bajo interés en los resultados y en el proceso de la enseñanza-aprendizaje. En otros sectores como el administrativo institucional, así como en el ejercicio privado se aprecian también inconductas y faltas a la Ética en grado variable.

El problema en evidencia es que se viene señalando un incremento relativo de actos médicos que constituyen faltas a la moral y a la ética profesional en el desempeño de las actividades asistenciales así como las referidas en las otras áreas del ejercicio médico.

Una visión obligada al campo de la etapa formativa del médico en las facultades de medicina, muestra insuficiencia o ausencia del curso o

contenidos de ética en la currícula médica, que complete la formación científico-técnica del estudiante.

La necesidad de la presencia de los cursos o contenidos éticos se comprende mejor si se consideran las razones siguientes que influyen negativamente en la situación actual:

- a. Un predominio de la enseñanza científico-técnica de orientación eminentemente curativa-reparativa.
- b. Una práctica médica que se va alejando de los principios médicos y que promueve la despersonalización y el mercantilismo olvidando su función social.
- c. Un desequilibrio entre un creciente desarrollo científico-tecnológico y un menor desarrollo ético y moral.
- d. La crisis ética y moral de la sociedad desde el nivel personal al institucional.
- e. La actitud no comprometida o indiferente del médico docente.
- f. La escasa promoción y fundamentación ética y moral en los niveles formativos del estudiante.
- g. La falta de educación ética y bioética de autoridades, funcionarios, profesionales; y con mayor énfasis en trabajadores en el área de la salud y de la biología. ⁽¹⁾

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La educación médica brinda un servicio a la sociedad formando y capacitado profesionales que satisfagan la necesidad de Asistencia Médica a las personas, por lo tanto su marco institucional la Universidad, debe garantizar el control y el incremento de calidad en su formación y capacitación.

La realidad de la educación universitaria actual en el Perú, encuentra a las Facultades de Medicina, todavía en un esquema tradicional que profesionaliza más lo técnico que lo humanista, con poco sentido social y una preparación orientada a la especialización, y con poca impregnación académica de los principios ético deontológicos, poniéndolas en riesgo de enfrentar conflictos médico morales, médico deontológicos y médico legales.

La educación médica de pregrado transcurre en esa realidad desde que se inicia el desempeño del estudiante, enfrentado a desarrollar los programas de estudio y su formación según el currículo establecido concurriendo en conflictos variables de valores, que se resuelven o internalizan con menores o mayores secuelas en su rendimiento de acciones y actitudes constituidas en habilidades.

Se puede afirmar así que un aspecto determinante poco perceptible en el proceso de educación médica, es el desarrollo y la práctica de los valores ético - deontológicos, cuya referencia y refuerzo se relaciona clásicamente con las ciencias Sociológica, Psicológica, Historia de la Medicina y Antropología.

Y considerando que recién se ha incorporado al currículo de estudios el curso de Ética en la Facultad de Medicina de la Universidad “San .Luis Gonzaga” de Ica en el año 2005, es posible plantear el problema con la interrogante: ***¿CÓMO VARIA EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE ÉTICA QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ICA CON EL DESARROLLO DEL CURSO DE ÉTICA?***

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la variación del nivel de conocimientos de ética en estudiantes de medicina de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, luego de la enseñanza del curso de Ética.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimientos de ética antes y luego del desarrollo del curso de ética en el Sexto Año de estudios
- Determinar la Correlación de los puntajes obtenidos y la comparación de sus promedios de las pruebas de conocimientos aplicadas
- Conocer la opinión de los estudiantes en relación a la enseñanza de la ética.

1.4. IMPORTANCIA

Considerando la función de la Ética y la Moral en la vida del hombre, en todo acto médico y todo proceso educativo, el presente estudio traduce la preocupación personal como médico y como docente, de conocer un aspecto importante de la formación integral de los estudiantes de pre grado, como es el impacto de un Curso sobre el nivel de conocimientos de ética, y aunque mida solamente el plano cognoscitivo, tiene importancia relevante, ante la posibilidad de constituirse en la primera etapa de un trabajo de seguimiento futuro.

En relación al tema de la ética con la educación médica permite revisar sus orígenes, implicancias evolución y su relación con la situación actual de la salud y de la Educación en el contexto de la realidad sociocultural del país que muestra evidencias de falta de vigencia de los principios éticos y Derechos Humanos fundamentales, por lo que es importante conocer también las actitudes y opiniones de estudiantes y docentes de la universidad como elementos determinantes y responsables del proceso educativo, de sus factores, necesidades y expectativas.

Así mismo permite analizar sus principales determinantes para proponer alternativas orientadas a lograr estructurar propuestas medios, o estrategias educativas que garanticen niveles crecientes de eficiencia en la enseñanza– aprendizaje de la ética con participación personal, grupal, familiar y social.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES Y BASE TEÓRICA

2.1. ANTECEDENTES

Los estudios o trabajos sobre ética médica son abundantes y guardan una orientación más descriptiva, filosófica e histórica, y en relación también a la antropología y sociología.

Se han desarrollado estudios en el campo de la administración de instituciones o servicios de salud; la mayoría a través de cuestionarios y encuestas para determinar la frecuencia de aparición de problemas éticos en la práctica clínica y administrativa, que luego de analizarse por grupos de estudio en relación a la interacción de responsabilidades, hechos y expectativas, buscan equilibrar necesidades, uso de recursos con la normatividad establecida, y principios éticos clásicos en relación a la autonomía organizacional ⁽¹⁾

Investigaciones en el área de Educación versan sobre repercusiones de las asignaturas, actividades educativas, nivel socioeconómico y estado de salud mental, otras para determinar cuales son los factores que predisponen un buen o mal rendimiento académico.

Pellegrino y colaboradores en Washington- Estados Unidos de Norteamérica 1984 ⁽²⁾ efectuaron una encuesta nacional sobre relevancia y utilidad de los cursos de ética médica en una muestra estratificada de 3000 médicos graduados entre 1974 – 1978, quienes percibieron frecuentes dilemas y decisiones éticas en su práctica diaria; así como la necesidad de conocimientos y habilidades específicas para tratar con ellos. Concluyen que las respuestas sugieren que la enseñanza mas efectiva se concentró en casos específicos enseñados en los años de clínica por profesores que pueden ser modelos de rol.

Pastor y cols. en Argentina 2002⁽³⁾ señalan sobre expectativas de los estudiantes que esperaban a lo largo de la carrera: el aprender 58.8%, lograr una buena formación para ejercer 37% hacer amigos 35%, lograr un desarrollo personal 23%, dedicar tiempo a estudiar 15%, disfrutar de la carrera 10.4%, y lograr formación humanística 10%.

Aktekin y cols. en Chile 1998⁽³⁾ reportan la presencia de problemas de ansiedad y depresión en un 25% de estudiantes, eventos estresantes en un 12% que influyen en su práctica clínica.

Prislín y cols. en Chile 1996⁽³⁾ determinan que el 92% de los estudiantes consideran que la práctica es más importante para desarrollar competencias clínicas y el resto consideran que lo son la teoría y la práctica en conjunto.

Iribar y cols. en Chile 1996⁽³⁾ encuentran que el 70% de estudiantes señalan que la enseñanza entre las áreas básicas y clínicas están desligadas.

Elzubier y cols. en Argentina 1996⁽³⁾ determinan que los estudiantes desde el primer año de estudios encuentran en los maestros modelos de aprendizaje que influyen en sus expectativas en un 15%.

Véliz J. en Lima 2003⁽⁴⁾ realiza una evaluación de seminarios de ética médica en 99 internos de medicina, concluyendo que hubo incremento de conocimientos, usando pre y pos test asimismo por encuestas a estudiantes halla cambios actitudinales que afirman mejorar sus concepciones morales en 73%, y consideran de valor para el futuro en el 72%, también expresan opinión favorable por las exposiciones, diálogo y la discusión de casos.

Perales A, Ortiz P. y Nolberto U. del Instituto de Ética-UNMSM en Lima 2005⁽⁵⁾ en un estudio comparativo pre y post en un programa de capacitación en ética a profesores de medicina, detectan la presencia de problemas éticos de influencia negativa para docentes y estudiantes como son: deshumanización en la relación médico-paciente, mala praxis, mala relación interpersonal, corrupción y problemas bioéticos y deontológicos.

Durand J., Espinoza T., Infante M., Ortiz P. del Departamento de Enfermería-FM -UNMSM en Lima 2005 ⁽⁶⁾ en una revisión de contenidos educativos dirigidos a la formación de valores en estudiantes de medicina concluyen que existe insuficiencia de contenidos teóricos y prácticos, así como percepción indiferente y medianamente favorable de los estudiantes, sin repercusión en su desarrollo personal y en su práctica profesional ⁽⁶⁾.

Alarcón J., Piscoya J. y Gutiérrez C. Departamento de Medicina Preventiva FM-UNMSM Lima 2005 ⁽⁷⁾ en un estudio sobre enseñanza de bioética en las escuelas de medicina del Perú analiza los currículos de 16 escuelas, de las que en el 87.5% (14/16) se dicta un solo curso, en una escuela dos cursos y en otra escuela tres cursos. En las universidades públicas se dicta al inicio de la práctica clínica; y en las particulares al final de la etapa preclínica o a mediados de la etapa clínica. Ninguna escuela lo dicta durante el internado, y su contenido es principalmente deontológico. La metodología es por clases teóricas con discusión de casos y seminarios, concluyendo que los contenidos no se relacionan con las etapas de enseñanza ⁽⁷⁾.

Sogi C. Zavala S, y Ortiz P. Lima Instituto de Ética UNMSM 2005 ⁽⁸⁾. En un estudio: “¿ Se puede medir el aprendizaje de la ética médica?”, en médicos residentes del primer año en el Hospital Nacional Daniel Alcidez Carrión, sede docente del programa de segunda especialización utilizan un cuestionario después de una intervención educativa, con los objetivos de evaluar la eficacia de un curso de ética médica, explorar factores que influyen en las decisiones morales y la percepción de problemas éticos mas frecuentes. Los resultados demuestran que después el curso, fue menos frecuente el uso del tono directivo, mas frecuente la justificación moral y que influyen en sus decisiones las creencias personales, familiares y experiencia clínica. Concluyen que el efecto del curso fue positivo, expresado en mayor habilidad para el uso del conocimiento en los análisis de casos.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. ÉTICA Y ÉTICA MÉDICA

La ética como rama de la filosofía es llamada también filosofía moral, cuyo objeto es formular reflexiones sobre la vida moral con arreglo a valores, normas, y a los deberes de la persona en la sociedad. Un análisis valorativo, reflexivo sobre los modos y las normas de la conducta humana.

La ética, es en cuanto a ciencia, filosofía general, pero su acción puede llegar a estudios concretos o particulares; así por ejemplo: La Bioética es la ética en cuanto estudia la moralidad de criterios o comportamientos en relación a la vida, manipulación genética, fecundidad asistida; y también en el caso de la deontología, como conjunto de deberes morales relacionados por una actividad o por una profesión.

La ética, en cuanto filosofía, sólo se apoya en la reflexión y en el razonamiento, sin referencia de autoridad, de conveniencia, de tradición o de religiosidad que se reserva para la moral, cuyos principios y conclusiones pueden trascender la dimensión racional y se la entiende más referida a la valoración de acciones como buenas o malas, justas o injustas.⁽⁹⁾

Más allá de la etimología, la ética es un saber de la moral, constituida por los actos humanos que buscan realizar los intereses y posibilidades más nobles de nuestro ser individual y colectivo. Así como el hombre es por naturaleza un ser social, es por lo mismo un ser moral. La ética ve al hombre como capaz de una vida moral, y la moral presenta al hombre en la ética y fuera de ella como autor de su propia vida y sus decisiones.

Por lo anterior, la ética es tanto filosofía moral como los principios, normas y conceptos morales; no es sólo aprender sobre cómo vivir bien

sino el ir aprendiendo para qué vivir, tener sentido y entender su finalidad. Ética es el arte de aprender a vivir bien, pero no partiendo de cero sino de una moral ya aprendida, la cual tenemos que pensarla según nuestra exigencia intrínseca de felicidad. ⁽¹⁰⁾.

La ética, como el conocimiento organizado de la moral, no tiene una antigüedad mayor de veinticinco siglos. Para **Aristóteles** fue **Sócrates** su fundador, puesto que fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y en proponer la forma como debemos vivir.

En concepto de **Sócrates**, la virtud es única y a partir de ella se puede establecer lo que es lícito y lo que no lo es, vale decir, lo que es bueno y lo que es malo. **Sócrates** pregona su respeto por las leyes, pues atentar contra ellas puede derivar en daño para la colectividad. No obstante estar hecha por los hombres - dice-, las leyes son de naturaleza divina y así pretendió establecer una cultura ciudadana, lo cual le dio crédito para considerarlo fundador de la ética social. ⁽¹¹⁾

La Ética Médica, por su parte, es ligeramente posterior a **Sócrates**, que consideraba que la medicina era un servicio de los dioses (medicina teologal).

Sócrates (469 - 399 a.C.), **Hipócrates** (460 - 377 a.C.), son posteriores a la llamada “era pretécnica” de la medicina que transcurre entre los orígenes de la humanidad y la Grecia de los siglos VI y V anteriores a Cristo. Se caracterizó por ser una combinación de empirismo y magia. La era “técnica”, en cambio, se distinguió porque el médico se proponía curar al enfermo, sabiendo porqué hacia aquello que hizo. Esta nueva actitud mental lo condujo a preguntarse por lo que en sí son el remedio, la enfermedad y el hombre. ⁽¹¹⁾

Para los griegos, Physis (naturaleza) era lo maduro, lo pleno, lo bello, lo sano, en cambio la enfermedad (pathos) era algo contranatural inmoral, hacer volver a su cauce la Physis, era en cierta forma ser moralista, pues la enfermedad coloca al hombre en riña con lo bueno. Si hay páthos no hay

éthos, como que éthos no significaba rigurosamente “ética” sino “orden natural”, “el modo o forma de vida”

El enfermo (in-firmus, sin firmeza física y moral), en condición de incapacitado, debía ser tratado como un niño pequeño y el médico, desempeñar el papel de padre, ello explica el paternalismo que caracterizó a la medicina occidental hasta época reciente.⁽¹¹⁾

Con **Hipócrates** la medicina pierde su carácter sagrado y es sustituida por la medicina razonada. En los tiempos de **Sócrates** y de **Hipócrates** no estaba organizada ni reglamentada como profesión, tenía carácter de secta; era como un sacerdocio profesionalizado, también la ejercían curadores empíricos y autodidactas.

La sociedad desconfiaba de los que hacían de médicos. No existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos, como si ocurría en la Mesopotamia en Babilonia con el rey **Hammurabi**, 1800 años antes de Cristo, quien registró en su famoso Código los derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina⁽¹²⁾.

Esta falta de disposiciones reglamentarias del ejercicio médico en Grecia, indujo a la secta a dictar sus propias normas de conducta, las cuales quedaron consignadas en un documento que pasó a la posteridad profesional, la responsabilidad moral e impunidad jurídica de sus actos.

El Juramento Hipocrático (siglo VI a.C.), que es el testamento ecuménico y transhistórico de la antigüedad clásica para la ética médica, perduró a través de los siglos, llegando a representar el ideal ético en medicina y aún continúa influenciando la deontología médica occidental.⁽¹²⁾

El juramento tiene dos partes: en la primera aborda las obligaciones éticas del médico hacia sus maestros y familiares; y en la segunda trata de sus relaciones con el enfermo.

Se ha creído ver en él un gran influjo religioso de sectas de origen pitagórico, el espíritu del juramento, es en verdad doctrina de secta:

venerar a los maestros, no revelar a los extraños los secretos del oficio, mantener la vida y la profesión en estado de pureza y santidad. Pocos se comprometieron, pero de esa manera el médico asume, de **motu proprio** responsabilidades que ni la sociedad ni el Estado le habían fijado.

Por ello se considera que el **Juramento** es una promesa religiosa, carente de responsabilidad jurídica. Según **Gracia Guillen**, ⁽¹²⁾. “Ha sabido expresar tan perfectamente las características fundamentales del papel sacerdotal o profesional y hacerse paradigma de la ética médica y de la ética profesional en cuanto tal”.

Este influjo de la moral hipocrática se mantuvo vigente durante muchos siglos, hasta entrada la Edad Media con un nuevo aporte del Cristianismo: la filantropía, la cual, al darle una nueva dimensión al papel del médico; imprimió nuevos rumbos al ejercicio de la medicina. En efecto, el espíritu, siguiendo el ejemplo de **Jesús**, que se llamó “médico” y que curó sin cobrar, sólo por amor al hombre, obliga a cuidar y a tratar desinteresadamente al hermano enfermo.

Pasada la Edad Media adviene el Renacimiento, punto de partida del mundo moderno. El Idealismo, la ilustración, el Romanticismo y el Positivismo son épocas que dan firmeza al orden revelado por la razón. La visión del cosmos, de la naturaleza y del hombre continúa modificándose.

La racionalidad científica le otorga, además de una lógica –como dice **Gracia Guillén** ⁽¹²⁾, una ética y una estética. La nueva fundamentación, la de orden científico, apareja una nueva moral: la moral positiva.

Descartes en el siglo XVII y **Voltaire** en el siglo XVIII colocan los cimientos para que **Augusto Comte** construya su filosofía positivista de solo aceptar lo asequible a nuestra inteligencia con exclusión de los “impenetrables misterios”, independizar la moral de la teología y de la metafísica era una necesidad. ⁽¹³⁾

Pese a esos radicales cambios, la ética médica mantuvo innegable dependencia del orden natural de los griegos, como también de los teólogos cristianos. Así se conservó hasta épocas recientes. Con razón afirma **Gracia Guillén**⁽¹²⁾, que durante los siglos anteriores no existió verdadera ética médica, si por ella se entiende la moral autónoma de los médicos y los enfermos; existió otra cosa, en principio heterónoma que puede denominarse “ética de la medicina”.

Durante el siglo XIX se constituyen las primeras asociaciones o colegios médicos en diferentes países en los que se subraya el interés por los aspectos éticos, surgen también los primeros códigos deontológicos que sintetizan los valores de la ética hipocrática, las obligaciones que deben guardar; justamente una de las funciones de los colegios médicos será la de evaluar la ética de los profesionales colegiados.

Un punto crítico acontece después de la segunda guerra mundial, cuando el Tribunal de Nuremberg juzga a 23 médicos alemanes, de los que 16 son señalados culpables y 07 condenados a muerte.

Una consecuencia importante de ello es la Declaración de Ginebra (1948) en la Primera Asamblea de la Asociación Médica Mundial (AMM) que significa una actualización de la ética hipocrática, posteriormente en su Segunda Asamblea Mundial la AMM aprueba el Código Internacional de Ética Médica (1949) enmendada en Sydney en 1968.

En 1957 se aprueban las regulaciones en tiempos de conflicto armado y la declaración de Helsinki – Finlandia (1964) para la investigación en seres humanos, estableciendo las condiciones y la necesidad de consentimiento informado con un complemento que es la Declaración de Sydney, sobre la muerte, cuya certificación reconoce la validez del juicio clínico.

En 1970 en relación a la aceptación del aborto terapéutico, la 24ª Asamblea Médica Mundial emite la Declaración de Oslo; y en 1975 la Declaración de Tokio de no aceptar la tortura y tratos crueles en personas detenidas o encarceladas.^(11,14)

Si bien, estas normas son parte de la deontología médica, lo son también de la ética como ciencia social y su aplicación evolucionará según las circunstancias y la racionalidad; llevarán a plantear nuevas demandas del mundo contemporáneo, determinados por el avance sucesivo de la investigación, la tecnología y la ciencia biomédica; o de factores sociales como el crecimiento poblacional y el desequilibrio ecológico.

2.2.1.1. ORÍGENES DE LA BIOÉTICA

No obstante que el fundador de la ética, **Sócrates**, relacionara el comportamiento del individuo con las leyes y la sociedad, su curso posterior estuvo muy ligado con el “otro”, es decir, con el efecto que mi comportamiento pudiera tener sobre mi congénere. Más tarde, en virtud de una interpretación comunitaria de la moral, derivada del concepto del Estado secular y democrático, la ética individual se extiende a la ética social. Cuando la ciencia en su afán transformador, se convirtió en amenaza para el individuo, la sociedad vio la necesidad de ponerle freno, dándole un nuevo rostro a la ética como ciencia.

Hace poco más de treinta años, esta ética novedosa gira alrededor de la vida, no solo de la humana, sino también de las demás formas de vida conocidas sobre el planeta, es decir, la animal, la vegetal y de su ambiente.^(11,15)

Hasta cuando ocurrió el holocausto de Hiroshima y Nagasaki (segunda guerra mundial 1945), la ciencia fue considerada neutra éticamente. Se vio entonces que sus consecuencias podían ser funestas para la humanidad. En 1933 un Biólogo, **Aldo Leopold** escribió en The Journal of Forestry, de los Estados Unidos un artículo “**Ética de la conservación**”, por lo que se le considera el precursor de la Bioética.⁽¹⁵⁾

Inspirado en el escrito de Leopold, **Van Rensselaer Potter**, investigador oncólogo y profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de Wisconsin, Estados Unidos de Norte América, publicó en 1971 el libro **Bioethics bridge to the Future**, donde refiere su convencimiento de que si no se ponía freno al comportamiento del ser humano frente a la naturaleza, su supervivencia sobre el planeta no iría a ser muy larga. Concluyó que la pervivencia del hombre podría depender de una ética basada en el conocimiento biológico. A esa ética le dio el nombre de “**Bioética**”, vale decir, “Ciencia de la supervivencia”; en orden a enfatizar los dos más importantes ingredientes, los conocimientos biológicos y los valores humanos – ciencias y humanidades-, es que también podría llamarse “ética interdisciplinaria” y que su objetivo ultimo era no solo enriquecer la vida humana, sino prolongar la supervivencia de la especie humana en un tipo más aceptable de sociedad, el mérito de Potter fue escribir su libro antes de dos sucesos: la crisis medioambiental en la Primera Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente en Estocolmo (1972) y el famoso informe Meadows del club de Roma del mismo año sobre “**Los límites del crecimiento**” ; su misión fue antropocéntrica centrada en la supervivencia humana más que biocéntrica en torno a la biosfera. Sin embargo el ulterior desarrollo de la bioética seguiría la orientación de **Hellegers**, obstetra holandés hacia los problemas biológicos más cercanos considerándose un revitalizado estudio de la ética médica. En el mismo año creó su centro de bioética, el Instituto Kennedy de Ética.^(15,16)

Sin embargo, otra versión de la historia de la bioética se remonta a 1962, cuando se publicaron los problemas de selección de los candidatos a recibir los aparatos de hemodiálisis renal; y surge el **Kidney Centers Admission and Police** en Seattle, donde se

desarrolló el consenso que la justicia en seleccionar pacientes no requería intervención médica, de esa forma los médicos delegan a los profanos la toma de esa decisión.

Otro momento fue la publicación en el New England Journal of Medicine (1966) de un trabajo de Beecher, sobre 22 artículos objetables desde el punto de vista ético, por existir grupos vulnerables como internos de campos de concentración o niños afectados de deficiencia mental, como sujetos de investigación.

En 1970, se reveló el brutal experimento de Tuskegee, Alabama – Norteamérica en el que se negó el tratamiento con antibióticos a pacientes negros afectados por sífilis para observar el curso de la enfermedad. Se estableció entonces una comisión nacional (1974 – 78) que señaló directrices para experimentos en seres humanos.

El informe Belmont, consagró los tres principios de la bioética y recogió sus deliberaciones.

Así mismo en 1967 el Dr. Christian Barnard, realizó en el hospital Groote Schur de Ciudad del Cabo el primer trasplante cardiaco con gran impacto mundial.

En 1975, el caso Karen A. Quinlan, joven norteamericana en estado de coma por ingesta de alcohol y barbitúricos, cuyos padres adoptivos ante el pronóstico de irreversibilidad del estado de su hija; lograron en un proceso legal en Nueva Jersey, una sentencia judicial que reconoció a la joven el derecho a morir en paz y con dignidad, por lo que se difundió a partir de ello el discurso bioético con el concepto de **“Calidad de Vida”**.

En 1981, surgió el debate ético en torno a Baby Doe, un neonato con síndrome de Down y una atresia de esófago, a quien se le negó la intervención quirúrgica en un hospital de Indiana.

En los años ochenta, la bioética ya consolidada en Norteamérica, determinó el establecimiento de los **comités de ética**, para la acreditación de hospitales; y la enseñanza de la bioética se extendió por las escuelas de medicina creándose también centros especializados en ética.

En 1969, Daniel Callahan, filósofo y el psiquiatra Willard Gaylin fundaron el Instituto de Ética y Ciencias de la Vida “Hastings Center” y en 1973 publican la revista “Hastings Center Report”.

En 1978, se publicó la **Enciclopedia of Bioethics** cuyo autor Reich ya usaba el término de bioética.⁽¹⁵⁾

Debe mencionarse que en 1972, se aprobó la **Carta de los Derechos de los Enfermos** de los hospitales privados en Norteamérica que afirmaba cuatro derechos: a la vida, a la asistencia sanitaria, a la información y a una muerte digna.

Se adoptó en diferentes países, cartas de derechos de los enfermos, se estableció un tipo de relación horizontal con los médicos, y se constituyó en el pilar básico del consentimiento informado, reconociendo que cuanto se haga con el enfermo, debe ser con su permiso o asentimiento; precedido de una información completa y comprensible del diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternativos, además de la constatación de la verdadera decisión libre del enfermo.

Estas cartas, aunque no se aplicaron en todos los países, significó una reacción dirigida a equilibrar la situación de “protección que los códigos deontológicos brindaban a sus colegiados, además de existir aún la mentalidad paternalista en la relación médico – enfermo.”⁽¹⁵⁾

La Bioética se fundamenta en el principio de libertad moral y, por lo tanto, aceptando que el ser humano es un agente moral

autónomo, deberá ser respetado por todos los que mantienen posiciones morales distintas, como dice **Gracia Guillén**.⁽¹²⁾

En 1982 se fundó el Grupo Internacional de Estudios de Bioética de la Federación internacional de Universidades Católicas en Barcelona - Europa.

El nacimiento en Inglaterra de Louisa Brown en 1978, producto de la fertilización extracorpórea del óvulo e implantación en el útero materno, fue la conmoción ética en el campo de la biología. Este hecho, junto con los efectos de la reproducción humana incontrolada, condujeron al mismo **Potter**; a escribir una segunda obra que llamó **Global Bioethics**, publicada en 1988 en él consignó lo siguiente: “ha llegado el momento de reconocer que no podemos ocuparnos de las opciones médicas sin considerar la ciencia ecológica y los vastos problemas de la sociedad sobre una escala global; un ejemplo de un tema de bioética global son las opciones médicas relacionadas con la fertilidad humana frente a las necesidades ecológicas para limitar el crecimiento exponencial de la población, ningún programa encaminado a cuidar la salud, puede esperar que sea exitoso sin que se acepte que **el control de fertilidad** es un imperativo ético para la especie humana.”⁽¹¹⁾

La Bioética Global, de la que habla Potter, comprende la Bioética Médica y la Bioética ecológica. La primera tiene objetivos a corto plazo, la segunda a plazo largo; pues lo que se busca es la conservación del ecosistema, de manera que contribuya a la supervivencia de la especie humana.⁽¹¹⁾

Las circunstancias que amenazan la pervivencia de la humanidad, las catástrofes ecológicas, pueden ser, una nueva conflagración nuclear, la depredación continua de la naturaleza, y catástrofes biológicas, como la explosión demográfica y la manipulación de la vida humana con fines no éticos. Por eso -dice **Gracia Guillén**⁽¹²⁾-

la Bioética constituye un nuevo rostro de la ética como ciencia. **La protección y defensa de la vida** sobre nuestro planeta añade, se ha convertido hoy en un imperativo ético, que debe regir las actuaciones tanto científicas como la de los políticos.

La Ética Médica es una ética profesional, alguien la llamó “ética de cercanías”, en tanto que la Bioética es una ética general, una moral de mayor alcance y amplitud, como que se entiende con el universo, se preocupa por las futuras generaciones, y se convierte entonces en un instrumento indispensable para médicos, biólogos, psicólogos, teólogos, filósofos, juristas y políticos principalmente (11,16).

2.2.1.2. BIOÉTICA MÉDICA

Dice **Diego Gracia**⁽¹²⁾ que la bioética médica es una consecuencia necesaria de los principios que rigen la vida espiritual de los países occidentales desde hace dos siglos. Es cierto, junto con la formulación y vigencia de los principios de libertad política y libertad religiosa, se impusieron también el principio de libertad moral. El mismo Gracia añadía: Que todo ser humano es agente moral autónomo, como tal debe ser respetado por los que contienen posiciones morales distintas, si lo moral es la esencia de lo ético, deberá aceptarse entonces que la Ética Médica con el advenimiento de la Bioética ha sido modificada en su esencia.

El informe Belmont marcó un nuevo enfoque metodológico de la bioética, sus problemas ya no se analizaban según los códigos deontológicos, sino en torno a los principios éticos conocidos ⁽¹⁵⁾. Planteó que junto con el de autonomía, los principios morales de beneficencia y justicia constituyen el trípode que sirve de base de sustentación a la bioética médica actual. El primero tiene que ver

con el paciente, el segundo con el médico y el tercero con el estado y la sociedad.

Los tres principios funcionan a modo de deberes primarios, que es preciso ponderar en cada situación concreta, no siempre resultan complementarios; y más bien nunca es posible respetar completamente la autonomía sin que sufra la beneficencia o respetar ésta sin que se resienta la justicia.

La bioética médica ha de hacer lo posible por respetar escrupulosamente y al mismo tiempo estos tres principios que en la práctica es muy difícil, pero los problemas concretos obligan a extremar las precauciones y fundamentar del modo más estricto posible los criterios de decisión y aún más si se tiene que decidir sobre la vida, es preciso aguzar la racionalidad al máximo.

Las discusiones sobre Bioética se han centrado generalmente en las nuevas funciones y responsabilidades del médico, y no han ahondado en el rol que le corresponde al ciudadano instruido como paciente responsable de la protección de su salud y la prevención de otros riesgos. ⁽¹⁶⁾

En nuestros días hay cada vez más enfermedades y riesgos para la salud que se relacionan al estilo de vida. Desde el punto de vista social y moral, está el **derecho** de cada ciudadano a la **salud**, tanto como su **deber** y responsabilidad de velar por ella (por medio de la nutrición, ejercicio y solaz; y de evitar los riesgos ocupacionales o recreativos), a la vez entender que es su obligación fundamental aplicar el principio de benevolencia, no sólo a la interacción entre humanos sino con todos los seres de la naturaleza y su medio ambiente, es decir que la ecología es parte de la ética. ^(17,18)

La Bioética Médica es entonces la parte de la bioética que busca actualizar y resolver los problemas éticos planteados por las ciencias de la salud, reafirmando que el principio básico de la **vida**

moral es el respeto de todos los seres humanos como fines en sí mismos y el respeto de las demás cosas como medios para los seres humanos.⁽¹⁹⁾

2.2.2. LA EDUCACIÓN MÉDICA

Los jóvenes aspirantes a ser médicos desde la época de la Grecia Clásica, en las primeras escuelas médicas de las Islas de Cos y de Cnido iniciaban su formación con la instrucción básica filosófica y paulatinamente médica. La educación médica Griega se adecuaba a esos fines y enfatizaba la observación, la rigurosidad del análisis y la ética.⁽²⁰⁾

El ocaso del mundo Griego con el inicio de la era Medieval llevó al olvido sus logros y fines. El cristianismo incorporó las prácticas mágico religiosas. Los médicos Medioevales se diferenciaban por el origen étnico de sus conocimientos, hasta que al final de la edad media apareció la universidad, que asimiló la cultura Greco – Árabe siendo la escuela de Salerno la que logró el mayor prestigio por imponer las normas y control de calidad de la atención médica, a su vez punto de partida del control o supervisión estatal del ejercicio médico. Apareció también en 1518 el Colegio Real de Médicos en Londres, como instancia para revalidar los títulos que le permitirían ejercer en lugares donde no existía universidad.

La educación médica transmitía conocimientos y prácticas con carácter fuertemente conservador y de apoyo mutuo, las obras clásicas de Hipócrates y Aristóteles fueron aceptadas sin críticas y repetidas sin mayor discusión.

Durante la colonia en América se agregó otro factor que es la decadencia de España en el mundo europeo. Las instituciones que implantó el virreinato fueron: el Protomedicato, la Universidad y los Hospitales. El primero lo ejercía un médico nombrado por el rey y se le incorporaba a

una cátedra de la universidad y regulaba las normas de control del ejercicio profesional.

La Universidad en la Colonia fue ultraconservadora, desde 1650 con sus cátedras de Prima, Vísperas y método Galénico, más tarde se incorporó la cátedra de anatomía; no había práctica paralela y solo al final de los cursos servía de ayudante a un médico en ejercicio, hasta que se consideraba apto para presentarse al grado; el ejercicio de la medicina era prácticamente a domicilio y los Hospitales regentados por religiosas o benefactores, en el entendido que el reino no tenía responsabilidad sobre la salud de las personas, y se configuraba como un acto de piedad cristiana.⁽²⁰⁾

El cambio trascendental en la educación médica peruana se realizó a través de **Hipólito Unanue** quien estableció el Primer Plan de Estudios Médicos y la Organización del Colegio de Medicina de San Fernando⁽²¹⁾.

La Real y Pontificia Universidad de San Marcos se creó en 1551 y recién en 1638 se inició la enseñanza de la medicina.

El renacimiento fue la época de la anatomía, de la cirugía y de la anatomía patológica, iniciada por **Andreas Vesalius** en 1543, que recién dos siglos más tarde se impulsaban en el Perú.

El 13 de Agosto 1808 por orden del Virrey Fernando de Abascal se fundó el Colegio de Medicina de San Fernando en Lima con un currículo que precisaba “Que su objetivo es formar médicos útiles a la salud Pública, a las artes y a la Industria, cultivando la Ciencia”, organizándolas en ciencias básicas y ciencias médicas.⁽²¹⁾

En 1815 adquirió el rango de Real Colegio de Medicina y Cirugía, aprobándose un Plan de Estudios en el que se reemplazó la cátedra de filosofía que hasta entonces incluía tópicos de ética, por los cursos de física y química.⁽²¹⁾

Al final de la colonia se denominó “Colegio de la Independencia” en homenaje a su aporte a la independencia. En 1834 fue nombrado Rector **Cayetano Heredia** para reorganizarlo y su currículo incluía las materias

de: Química, Historia Natural, Anatomía General Descriptiva y Patológica, Fisiología e Higiene, Patología General, Terapéutica General, Medicina Legal, Instrucción Quirúrgica, Clínica Interna, Clínica Externa, Anatomía Topográfica y Obstetricia.⁽²¹⁾

En 1856 ya como Facultad de Medicina aprobó un nuevo reglamento con un nuevo Plan de Estudios, que comprendía los cursos anteriores a los que se agregaba farmacia y toxicología.

Entre 1870 – 1919 el paradigma positivista de Augusto Comte y John Stuart se desarrolló en el mundo occidental, orientada al determinismo; rechazando toda conclusión que no derive de la aplicación del método científico influyendo en el currículo (enfoque biólogo y teoría del germen).

Por la Reforma Universitaria entre 1919 – 1939 el Presidente **Leguía** en 1930 expidió la “**Ley Orgánica de la enseñanza**”, que consignó la autonomía y la participación estudiantil en el régimen universitario; sin embargo la continuidad de la orientación biomédica asistencialista e individualista prevaleció.⁽²¹⁾

En 1946 se creó la cátedra de Historia de la Medicina y en la década de los 50 se incorporaron los conceptos de Medicina Preventiva y Medicina Integral.

En 1958 solo existía la Facultad de Medicina de San Fernando, al final de 1968, ya funcionaban siete, además de la Facultad de Medicina de San Fernando; Cayetano Heredia (1961), Trujillo (1958), Arequipa (1958), Ica (1961), Cajamarca (1963), Federico Villarreal (1963) y Cusco (1980), la mayoría adoptó currículos similares a los de San Fernando

Del 80 al 98 se crearon catorce facultades más, ocho privadas y seis públicas, sin relación al crecimiento poblacional aunque justificadas en el principio de autonomía universitaria.⁽²²⁾

En 1964 se constituyó la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (**ASPEFAM**), organismo asesor y coordinador en el ministerio de salud en el área de enseñanza médica que reúne a decanos más al director de la escuela de salud pública (ESAP), y elabora los requerimientos mínimos para establecer escuelas de medicina. La misma organizó cuatro seminarios de educación médica (1964, 65, 66 y 68), y al final del último, se afirmaba: “Es fundamental que se cambie la orientación de la educación médica, que es eminentemente informativa, orientándola a la medicina integral”.⁽²²⁾

Se creó el Departamento de Ciencias Médico-Sociales acorde con las tendencias de la Educación Médica, se introdujo el curso de Antropología Social, Medicina Preventiva y Social.

En una mesa redonda sobre ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina, se llegó a la conclusión: “Tal como son impartidos los conceptos de ciencias sociales, aparecen apagados o mezclados con los preceptos de la medicina social o de la filosofía social”. Se informaba también que solo el 25% de una muestra de 47% de dichas facultades, ofrecían cursos de Antropología, Sociología o Psicología.⁽²¹⁾

En 1967 se reportó que sobre 100 facultades de Medicina, 79% enseñaron Ciencias de la Conducta, 58% Ecología y Medio Ambiente, 55% Conducta Salud-Enfermedad, 39% Aspectos Psicosocioculturales de la Atención Médica; y que 2/3 de las horas eran actividades teóricas.⁽²²⁾

En América Latina en la década de los 70, se expresaban críticas sobre el enfoque curricular conductista y positivista dominante y las diferencias entre medicina preventiva, medicina social y salud pública, señalaban que las materias biomédicas y clínicas ocupaban el 80 a 90% del tiempo de estudios y los de medicina preventiva y social el 20% restante.⁽²¹⁾

Se destacaba que todas las escuelas latinoamericanas incluían lo preventivo, pero no existía el área específica de medicina social, que se

incluían en las llamadas ciencias de la conducta o diluidas con otros cursos.

En 1974 la OPS, luego de un seminario de evaluación de resultados de la enseñanza de la medicina preventiva, llegó al consenso de que no se había podido culminar el proceso de integración de lo social y lo biológico en la educación médica.⁽²²⁾

A pesar de repetidos intentos de reorientación médica la calidad de formación del médico no correspondía aún, a los requerimientos de las Organizaciones Médico-Sanitarias; y menos aún a las necesidades de la Salud Colectiva, y se afirmaba que se continuaba impartiendo una enseñanza con un contenido eminentemente biomédico, con abstracción total de la visión de conjunto global del problema; expresión convalidada a su vez por la autoevaluación de once facultades de medicina que la misma ASPEFAM realizó en 1986.⁽²²⁾

En 1985 se realizó el seminario sobre Autoevaluación de las Facultades de Medicina, dentro de un programa latinoamericano de desarrollo de la educación médica que organizaba la FEPAFEM; y en 1992 el Primer Seminario de Acreditación de Facultades de Medicina, que debate la formación del médico orientada a la relación Salud – Enfermedad y a la falta de planificación en la creación de nuevas facultades, evaluación comparativa, etc. El análisis de resultados identificó, que hay menor desarrollo en la planificación de actividades docente-asistenciales, divorcio del diseño presupuestal, fines y programas que se refirieron al final, como un “desarrollo modesto de la educación médica en el país”.^(21, 22)

En 1999 se aprobó la Ley de Acreditación de Facultades que establecía a través de la Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME) la autoevaluación y planificación periódica, con participación activa de los sectores involucrados en la perspectiva de buscar calidad, con participación de ASPEFAM.⁽²³⁾

Al año 2001, 14 de 27 facultades estaban incorporadas a la acreditación con revisión de los estándares mínimos, al finalizar el 2003 entre los no cumplidos con mayor frecuencia, estaban el de no alcanzar créditos de cursos de ciencias sociales y humanidades, falta de conocimiento de los reglamentos de evaluación por parte de los estudiantes, falta de revisión de sílabos, tutorías y asesorías; y el de no alcanzar el 30% de profesores con grado de Maestro o Doctor.⁽²³⁾

Al 2003 se ha logrado prácticamente la acreditación de la mayoría de las facultades de medicina del país, debiéndose proseguir con la verificación de los niveles progresivos y ascendentes de estándares de organización, recursos y funciones.

La mira es lograr un médico que privilegie lo preventivo integrando lo recuperativo y la rehabilitación, que use la biotecnología con seguridad ética y social; que promueva estilos de vida saludables, individuales y colectivos, en suma la educación basada en resultados que pone énfasis en el producto final y defina la responsabilidad del estudiante, del docente y de la institución.⁽²³⁾

En el 2005 ASPEFAM realizó en Lima, el Primer Congreso Peruano de Educación Médica con los temas : Pertinencia y Responsabilidad Social de la Educación Médica, Enseñanza integral de la Medicina y Aprendizaje basado en problemas y competencias; reafirmando el énfasis en los propósitos inherentes y obligados a continuar con los esfuerzos para mejorar la calidad de la formación médica, propiciando a la vez el desarrollo moral de los seres humanos y la reflexión crítica periódica, sobre la responsabilidad social de cada uno de sus actores; en el logro de sus resultados personales, institucionales y sociales de la educación médica para contribuir a mejorar la capacidad de respuesta y de aportes a la necesidad creciente de salud integral que exige el desarrollo del país.

2.2.3. ENSEÑANZA DE LA ÉTICA MÉDICA

La presencia de la ética como asignatura en el currículo de las profesiones médicas fue un tema polémico por mucho tiempo, aunque sus tópicos generales fueron ya incluidos antes en los cursos de medicina legal, Historia de la Medicina, Antropología y Psicología Médica durante las diferentes reformas curriculares desde fines de la colonia. Seguiría luego la etapa del desarrollo integral de la educación médica, buscando su relación a su medio social con prioridad de asimilar los nuevos avances del desarrollo científico tecnológico.⁽²⁴⁾

Existen reportes que la primera cátedra de Ética Médica en América, se dictó en la Escuela Nacional de Medicina de México en 1958. Posteriormente se reporta en los años 1967-1968 en Pensylvania y Nueva York donde existían cursos curriculares de ética.⁽¹⁵⁾

En otros países, la enseñanza de la Deontología Médica como cátedra respondía de algún modo a las necesidades de carácter ético que se manifestaban en el campo de la salud.⁽¹⁰⁾

A partir de la década de los 70 se inició un resurgimiento del interés por el componente ético de la educación médica, en la que predomina el interés por los problemas asistenciales y de investigación más que por la enseñanza misma de la ética.

En 1982 la mayoría de las facultades de medicina de Estados Unidos impartían cursos de Ética Médica y actualmente la enseñanza como Bioética es obligatoria.⁽¹⁰⁾

Los factores de este resurgimiento se describen en las siguientes áreas:

- En el **área filosófica**, el enfoque positivista y neopositivista ha influido mucho en la estructuración de Planes y Programas de los estudios de medicina, por el que tienden a eliminar todo aquel saber que no llene los postulados del “hecho positivo”, (verificable, observable, reproducible y cuantificable) al considerarlo anticientífico; y así se marginan los contenidos humanísticos y éticos; el auge de la ética

utilitarista que resalta la importancia de la productividad sobre otros valores ha sido cuestionado, así como la postura filosófica relativista en su extremo del relativismo moral que desconoce todos los valores, el surgimiento del concepto mas amplio de la ética; la bioética que involucra al sin fin de problemas creados por el progreso, también la creación de los Centros Internacionales de Investigación Bioética; Hasting Center y el Kennedy Institute en Nueva York y Washington respectivamente. ⁽¹¹⁾

- En el **área educativa**, la importancia del perfil profesional en la planeación curricular que incluye tres áreas: la de **ser** (nivel de valores éticos a poseer), el **saber** (suma de conocimientos actualizados a utilizar), y los de **saber hacer** (destrezas a demostrar en su praxis profesional). El auge del conductismo en la enseñanza sin rebasar lo observable biológico, no concede interés al estudio del valor ético de los actos médicos. ⁽²⁵⁾
- **Área de la relación medico-paciente**; con la mayor participación de la población en el bienestar de la comunidad, surge el concepto de autonomía de los pacientes, con mayor participación en las decisiones de su atención y la expresión abierta de su disconformidad sobre su atención, mediante demandas legales por mal praxis apoyada y difundida por los medios de comunicación masivos.
- **Área del conocimiento médico de la práctica profesional**, los extraordinarios avances científico-tecnológicos como los trasplantes, manipulación genética, manejo de la muerte o prolongación de la vida, plantean situaciones que involucran aspectos éticos, sociales etc. La experimentación en seres humanos llevó en ocasiones a límites violatorios de la dignidad del hombre, como los sucedidos durante la segunda guerra mundial y determinó la necesidad de instituir los comités hospitalarios de ética que fueron propuestos inicialmente por una pediatra norteamericana K. Teel en 1976. ⁽¹⁵⁾

La formación profesional debe asegurar médicos capaces de enfrentar los retos presentes y futuros de la bioética. Atrás quedaron los conceptos de considerar a la ética como un camino sinuoso de difícil abordaje e impráctico, o de concluir que no se requiere de su enseñanza y que se aprenderá con el ejemplo y sin esfuerzo; lo que implicaría aceptar que los problemas de negligencia, impericia o imprudencia, se resolverán solo con sentido común, buena legislación y los códigos de ética.⁽²⁵⁾

Desde su ingreso a la facultad de medicina, y en cada uno de sus actos hasta egresar, el estudiante debería ubicar sus acciones en el contexto de la ética y los valores morales como un aspecto de la filosofía de su vida y la de los demás.

Antes del contacto con el paciente o la comunidad, debería poseer conocimientos a través de una asignatura básica de filosofía y ética para formar actitudes responsables frente a sus objetivos, así como los hábitos del estudio, razonar científicamente, practicar el autoaprendizaje y el razonamiento crítico.⁽²⁶⁾

En el área de clínicas ya como asignatura la ética específica o Bioética médica, debe acompañar a la secuencia de asignaturas orientadas al contacto directo con las experiencias del ejercicio profesional propiamente dicho, no solo con el paciente, familiares y profesores, sino en su interacción con otros médicos en formación (internos y residentes), enfermeras, técnicos, farmacéuticos, asistentes sociales, odontólogos, psicólogos, etc. y aún con el personal de servicio y administrativo de las instituciones de salud, a través de la relación médico paciente como fundamental, y las relaciones interpersonales como importante complemento, así como la internalización de la importancia del trabajo organizado y en equipo; desarrollando en toda su extensión posible el sentido de responsabilidad, autoaprendizaje, crítica reflexiva, usando el método científico y los criterios éticos y

morales; y estableciendo objetivos generales y específicos según las áreas o especialidades.^(24,26)

En pleno siglo XXI en la mayoría de las facultades de medicina del país, no se está respondiendo adecuadamente a los retos de la medicina actual, los cuales son :

- Controlar la tendencia economicista-mercantil
- Regular el uso de la creciente biotecnología médica.
- Revertir la creciente deshumanización de la relación medico-paciente y
- La limitación del tiempo de consulta o atención, a través de una formación universitaria que logre no solo la competencia científico biomédica, sino también la competencia ética deontológica y social; a efectos de contribuir a mejorar su realidad de entorno regional, nacional y porqué no mundial, a la vez que enfrentar los problemas de desarrollo científico tecnológico sin límites.^(26, 27)

La presencia de la Ética como asignatura en el currículo de estudios de medicina se reporta desde hace más de 4 décadas de años, como un periodo de tradición histórica y cuya parte esencial lo constituyen los valores y principios morales contenidos en el **Juramento Hipocrático** posteriormente con el aporte del principialismo se desarrolla la Ética Clínica, la Casuística y la Personalista^(28,29). Desde la década del 70 del siglo pasado en que aparece la bioética como reacción ante las amenazas sucesivas a la subsistencia de la humanidad y del ecosistema, se incrementa aun más la necesidad de incorporarla a los planes de estudios de la carrera médica. En 1985 a nivel mundial la UNESCO y la OPS confirman esta necesidad, en 1987 la Asamblea Médica Mundial

(AMM) en Madrid, resolvía recomendar a todas las escuelas de Medicina, incluyan la enseñanza de la ética y los derechos humanos como curso obligatorio, así como el congreso de educación médica de Uruguay en 1994, establecía que “Los currículos médicos se deben adecuar de modo que la ciencia y la ética garanticen la calidad de formación en términos de solvencia y capacidad profesional con sensibilidad humana y pertinencia social médica”^(30, 31). Se enfatizó así la necesidad de la enseñanza de la ética y la bioética para percibir y construir valores que determinen los cambios de actitud traducidos en comportamientos adecuados de estudiantes y de médicos y no solo como una asignatura específica, sino el de estar inmersa en cada una de las asignaturas y en cada una de las actividades que se realicen en el proceso de aprendizaje e integrarse al clima institucional; y que se refleje en todo y en todos, haciendo de la ética una práctica que en buena parte se enseñe y se aprenda a través de modelos de actitudes coherentes con sus principios, para lo que se requiere preparar a los docentes en ética y bioética, independientemente de su área médica de desempeño.⁽³²⁾

La bioética no es Deontológica pero la incluye, así como a la ética profesional, tampoco es solo normativa sin embargo en lo fundamental trasciende a la persona como ser individual y se refleja como testimonio de vida, impulsando la comprensión, la tolerancia, respeto, solidaridad y la justicia en la interacción. Si bien su dimensión teórica esta en sus principios y en las normas que regulan su praxis; en su contexto es pluridisciplinaria y reconoce al hombre como merecedor de la dignidad humana. Su dimensión práctica requiere la adquisición de hábitos de reflexión y análisis de conductas en relación a la teoría referida al paradigma de sus acciones en desarrollo.

En suma, significaría enseñar hábitos y actitudes en resguardo de la persona y de su hábitat o también configurarla como la educación de la inteligencia y de la voluntad del estudiante o del médico; para desarrollar en él, el conocimiento, la sensibilidad, valores y habilidades que le permitan reconocer la dimensión ética de sus acciones, para una adecuada toma de decisiones.

Lo antes expresado tiene congruencia con el planteamiento del desarrollo del **Sistema de la Personalidad** sustentada en la concepción informacional del sistema vivo de la sociedad y de la conciencia tripartita (afectivo-emotivo, cognitivo-productivo y conativo-volitivo) procesando la información psíquica consciente en sentimientos, conocimientos y motivaciones determinando a su vez a los tres componentes de la personalidad: temperamento, intelecto y carácter, que se desarrollan desde la infancia, niñez y adolescencia expresados en los comportamientos y conductas. De allí la importancia de iniciar la enseñanza de la ética desde los primeros años de estudios universitarios si se quiere obtener efectos significativos y duraderos en su formación como personas y como profesionales.^(33, 34)

No hay duda que existe ya consenso definido sobre la responsabilidad de las escuelas de medicina por lo tanto del docente, en relación a la formación ética de los estudiantes. Los conocimientos y las actitudes éticas deben enseñarse paralelamente a la de conocimientos y habilidades biomédicas y para alcanzar una real efectividad; se requiere utilizar de inicio y permanentemente los métodos activos de aprendizaje centrados en el estudiante a través de las conferencias, seminarios, estudios de casos y lecturas cortas, propiciándose al mismo tiempo el uso del método filosófico: analítico, comprensivo y crítico reconstructivo, concurrente a la confrontación de ideas y búsqueda libre de la

verdad por el razonamiento. Todos orientados en conjunto a su formación moral en valores y de una conciencia reflexiva con resiliencia y participación, lo que le permitiría adoptar decisiones con actitudes y comportamientos responsables, adelantando la reflexión ética a la reflexión científica buscando lograr un incremento significativo en su madurez personal; y el hacer hábito de la asistencia solidaria como elemento central de todo acto médico.

Es necesario superar los métodos tradicionales de conferencias, seminarios y otros, en su mayoría pasivos y rutinarios dirigidos solo a cumplir con el contenido silábico sin interés del docente y del alumno por desarrollar opinión y participación activa de los estudiantes, y para recordar lo establecido en el artículo 77 del **Estatuto de la Universidad Nacional de Ica**, (1986) que expresa “ La enseñanza será activa, aplicándose métodos que promuevan la conciencia crítica, conjugando la teoría y la práctica en todas las etapas de la carrera profesional. ^(35, 36)

Se debe considerar además que la comunidad moral donde el bien del paciente esta por encima de la del médico (nivel de excelencia), obliga a practicar una ética de máximas y no solo como asistencia al enfermo; sino como organizador y gestor en enfrentar los problemas sanitarios globales (prevención) en suma, exige poseer cualidades morales de excelencia que constituye el plus moral obligado de la profesión médica, cultivando permanentemente una cultura de prevención y calidad humana. ⁽³⁷⁾

En ese mismo contexto la enseñanza de la ética esta muy ligada a la ética de la enseñanza en la relación maestro-discípulo, obligando a desarrollar un modelo de incorporación a través del vínculo emotivo-afectivo que establezca y favorezca el aprendizaje y la capacidad de discernimiento permanente; además que la ética

impone la necesidad de continuar mejorando el producto ético y a la vez al mismo docente como persona; y cuyo papel es en definitiva fundamental y determinante de los resultados pedagógicos finales⁽³⁸⁾

Por otro lado un elemento fundamental que puede condicionar el aprendizaje es el de la evaluación, de importancia indiscutible y en la práctica difícil de aplicar a satisfacción; actualmente se acepta que debe ser esencialmente constructivista, que permita alcanzar logros e identificación del estudiante para realizar acciones de reorientación y mejorar las estrategias de enseñanza, por parte del docente y del estudiante buscando una sólida formación que le permita proporcionar una atención integral a la vez ética y humanística.⁽³⁸⁾

La metodología tradicional de evaluación no ha logrado demostrar eficiencia por lo que se presentan promisorios esfuerzos en las nuevas tendencias educacionales, con programas innovadores centrados en el estudiante, integrados y de grupos pequeños, que usan la metodología de aprendizaje basada en problemas o en resultados; que desarrollan procesos de evaluación con valores estadísticos mas significativos (valores predictivos, especificidad, etc).

La evaluación comprende: el dominio cognoscitivo a través de cuestionarios y pruebas de conocimientos, y el dominio afectivo-actitudinal que requiere usar instrumentos que proporcionen información válida, confiable y de aplicación práctica que a través de la observación directa, valore el comportamiento con los pacientes. En esa orientación esta la lista de cotejo, el del salto triple, la aplicación del Torontho Ethical Sensitivity instrument, que mide el número de problemas éticos identificados en viñetas. Otros evalúan cambios en la habilidad del razonamiento moral y el

examen clínico objetivo estructurado, el Objective Structure Clinical Evaluation (OSCE), con pacientes estandarizados, que permite evaluar con más aproximación el desempeño ético en la atención clínica; y consiste en una serie de estaciones (6 a 10, con docentes diferentes) por los que va pasando el estudiante frente a casos reales, simulados o problemas prácticos con materiales de exámenes clínicos; y en los que debe demostrar una serie de destrezas, desde establecer una conversación con el paciente obtener información adecuada en tiempo límite (10 a 15 minutos) o dialogar por ejemplo sobre una situación de violencia familiar. El docente que lo observa debe ser capaz de reconocer los aspectos positivos y negativos y dar una evaluación formativa al estudiante en un tiempo que es parte del examen (10 minutos adicionales).

Este método tiene buena aceptación en los estudiantes y docentes; y en Canadá se le aplica en la parte práctica de los exámenes finales profesionales.⁽³⁹⁾, por lo tanto potencialmente adaptable en su aplicación a nuestra realidad.

Aunque cualquier innovación presupone reformular el sistema evaluativo, como un aspecto de una concepción educativa global como es la propuesta constructivista, ella considera a la evaluación como una actividad sistemática y continua cuyos propósitos son :

- Ser un instrumento que ayude al crecimiento personal de los educandos
- Valorar el rendimiento del educando en torno a sus progresos.
- Detectar las dificultades de aprendizaje y de los procedimientos pedagógicos.

Todo ello supone que la evaluación va más allá de evaluar sólo el aprendizaje, además del educando hay que evaluar al educador y al mismo programa curricular^(39, 40)

En este contexto, es importante conocer la evolución de la opinión y actitudes de los docentes de medicina en relación a su participación en la organización y desarrollo del proceso educativo. En nuestra realidad desde la creación de la ASPEFAM (1964) se sucedieron los intentos de reorientación y reactualización de los currículos de la educación médica, no siempre con los resultados esperados sin embargo; se ha alcanzado el logro evidente de la implantación del Sistema de Acreditación de las Facultades de Medicina del país, incluyendo la programación sucesiva del Curso de Ética Médica en forma específica desde 1990-2000 en la Facultad de la Universidad Mayor de San Marcos; y progresivamente en las demás Facultades Nacionales y Privadas, aunque sin acuerdo específico sobre la metodología y forma de distribución en el currículo, dictándose en algunas en 1, en 2 ó en 3 cursos distribuidos a lo largo del plan de estudios.

En la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Ica, se aprobó recién su dictado en el año 2003, que se inicia en la práctica el 2005 en el sexto año de estudios como curso de ética médica y sociedad con valor de 2 créditos, que se constituye a su vez en el contexto de la muestra de estudiantes para el estudio del presente trabajo de investigación.

2.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE TÉRMINOS

- ACTO HUMANO:

Es el efectuado con libertad consciencia y responsabilidad, un acto racional y voluntario. Si falta alguno de ellos se consideran sólo un acto del hombre.(*)

- ÉTICA:

Es la rama de la filosofía que estudia el comportamiento moral del hombre y sus obligaciones (DRAE) su concepción es individual, para

alcanzar la humanización requiere, principios invariables, su asunto fundamental es la felicidad por el bien, por el buen obrar (eupraxia) la razón de ser de la ética es el ser humano.

Es el compromiso afectivo del hombre para alcanzar su perfeccionamiento personal, es el hecho real que se da en la mentalidad de las personas, normas, principios y razones que establecen una línea directriz de su propia conducta. Es la dimensión de la vida humana que incide en lo personal y colectivo (**)

- **MORAL:**

Doctrina de la conducta humana, en particular conjunto de normas establecidas por los patrones de conducta por consenso; su concepción es eminentemente social, cada comunidad establece sus normas. La moral ayuda al desarrollo del hombre, concierne al fuero interno y al respeto humano (DRAE) en relación con lo que debe o no debe hacer, y las costumbres.

Es el hecho real que se encuentra en toda las sociedades, normas que se transmiten de generación en generación, que evolucionan y se diferencian de otras sociedades, orientando la conducta de sus integrantes.(*)

- **CONSCIENCIA MORAL:**

Capacidad para distinguir valores éticos como: el bien, justicia, libertad, vida, dignidad y sus antivalores como: el mal, injusticia, opresión, muerte, indignación.(*)

Es la función de juzgar acciones y valores (voz interna), es el criterio último del juicio moral.

Conocimiento reflexivo que el ser humano tiene de si mismo y de su entorno. La facultad de decidir y hacerse sujeto, autor de sus actos y responsable de sus consecuencias. (DRAE)

- **PERSONA MORAL:**

Es el ser humano que tiene consciencia moral y responsabilidad de sí, sujeto a principios, deberes y derechos, capaz de ejecutar actos humanos (racional, voluntario y responsable) (DRAE), es el que está ocupado consciente y activamente en realizar acciones que promuevan la transformación individual y social. (**)

- **VALOR MORAL:**

Son directrices para juzgar pensamientos, actitudes, acciones, forman el carácter, la actuación social y profesional, fuerza, eficacia o virtud de las cosas para producir efectos (DRAE).

Es un bien apropiable y trascendente, cualidad sui géneris, guía y principio de conducta que fundamentan los principios morales, que dan sentido a la vida. Son objetivos ideas fuerza, un medio de educación que debe realizar a la persona; el principal valor es el hombre y su conciencia.

En el campo de la ética médica los primeros valores son la vida humana y la salud.(**)

- **VIRTUD: MORAL**

Conducta permanente (hábito que dispone a obrar bien), determinado por el equilibrio entre el valor y su antivalor, es el tema de la enseñanza ética por excelencia que perfecciona la personalidad porque contribuye a construir el *ethos*, proviene del latín Virtus = fuerza, vigor o valor que se requiere como fuerza moral para el cumplimiento del deber a través de la voluntad. (DRAE)

La virtud es la esencia de la felicidad, el bien moral en concreto. Es un medio por el cual la persona realiza e interioriza valores (señala el justo medio), es a la vez virtud personal y también social.

- **PRUDENCIA:**

Es la virtud que dispone la razón práctica a discernir en toda circunstancia y a elegir los medios rectos para realizarlos, “el hombre cauto medita sus pasos” es la “regla recta de la acción”, no se confunde con la timidez o temor, el prudente ordena y decide su conducta superando las dudas sobre el bien que debemos hacer y el mal que debemos evitar, la prudencia es la virtud moral fundamental (solicito, preocupado, previsor, con inteligencia y voluntad).(**)

- **HONOR :**

Calidad moral personal que conduce a cumplir acciones que enaltecen aun al mas severo cumplimiento del deber respecto del prójimo y de uno mismo, es la buena reputación que sigue a las acciones heroicas, es la más elevada forma de autoestima, tiene como sinónimos los conceptos de la honra, dignidad, decoro y consideración, recato en las mujeres y el cumplimiento de los compromisos adquiridos “bajo palabra”. En oposición a la gloria, el honor es una virtud interna, serena invariable y modesta (DRAE, **)

- **DIGNIDAD :**

Del latin dignus “Lo que se merece”, es una propiedad humana, valor indesligable del honor y ambos importantes en la formación del ser humano, consiste en cumplir con el deber y derecho de buscar la verdad y el bien, ejercer rectamente la razón, la libertad y la moralidad, valores que distinguen al hombre de las irracionales. Gravedad y decoro de la persona en la manera de comportarse con realce, excelencia (DRAE).

El respeto es la consideración o admiración por la dignidad.

- **ORDEN :**

Una de las grandes conquistas de la civilización, gracias a él la vida humana se sintetiza, lo que redundo en comodidad, aceleración , orientación, seguridad y justicia, se basa en el principio “un lugar para

cada cosa, y cada cosa en su lugar”, hace que la capacidad humana se multiplique. El orden produce bienestar y progreso. (**)

Regla o modo que se observa para hacer las cosas, relación, disposición, proporción, calificación, categoría o situación (DRAE).

- **SOLIDARIDAD:**

Es el vínculo que enlaza al hombre con la humanidad en el orden material, intelectual y moral. Es el sentimiento, actitud, disposición aprendida a prestarse ayuda mutua al punto que no pueden ser felices unos si no lo son los demás. Viene de la palabra solidum = compacto, puede ser cerrada y abierta. (DRAE)

Es la identificación de su propia dignidad con la de los otros seres humanos. Es el derecho de carácter colectivo, esencia de la comunidad. La sociedad no ética es la insolidaria, se requeriría para revertirla una cultura de solidaridad.

- **RESPONSABILIDAD MORAL:**

Es un compromiso con la búsqueda y la aplicación de la verdad en los procesos y transformación individual y social. Sabiendo lo que se hace y porque se hace, es la capacidad u obligación moral de todo sujeto.

Implica ser consciente y libre de reconocer sus actos deberes y obligaciones.(DRAE)

Es atribuida solo a los individuos de modo personal por lo tanto se asume que la responsabilidad de las instituciones se encarna en la responsabilidad personal directa de sus actores sociales: estudiantes, docentes, directivos, etc. (*)

- **LIBERTAD:**

Del Latín Libertas – facultad natural del hombre de obrar o no obrar y ser responsable de sus actos.

Es el valor principal de la persona, capacidad de elegir por un acto, expresión o pensamiento conforme a su conciencia, es decir con la soberanía de su voluntad, sin influencias (DRAE).

Se funda en la dignidad del hombre como ser racional. El hombre es trascendente porque posee libertad, no es únicamente individual sino sobretodo comunicación interpersonal, elección libre de lo que es bueno para ellos. (*)

- **DEONTOLOGIA:**

Ciencia a tratado de los deberes (DRAE)

Parte de la ética general (teoría de los deberes). Que determina y regula las responsabilidades morales, que alude a los códigos de conducta. Su papel es adecuar la conducta profesional a las expectativas sociales. (*)

- **DEBER:**

Estar obligado a algo por la Ley divina, natural o positiva (DRAE)

Es el compromiso de la persona para ejecutar lo que su conciencia moral le dicte, hacer lo que humanamente debe hacer. La ética profesional compromete al medico a prestar atención bajo las condiciones más adversas, además de cumplir con el buen hacer que implican los deberes profesionales. (**)

- **RESILIENCIA:**

Capacidad que tiene el ser humano de recuperarse frente a la adversidad y frustración, y salir fortalecido de ella.

Técnica de enseñar a las personas a ser más fuerte. (**)

- **CONATIVO:**

Predisposición a la acción, corresponde al comportamiento volitivo del individuo.(DRAE)

Es el sentido de esfuerzo puesto en una tarea, implica ejercer responsabilidad, altruismo y laboriosidad. (**)

- **DISCERNIMIENTO:**

Capacidad mental que permite establecer una situación y su causa de origen, distinguir lo real de lo aparente, permite comprender y crecer en conciencia, ser más alertas a la reflexión y percepción de la realidad. (DRAE)

- **BIOÉTICA:**

Ética aplicada a la ciencia de la vida y la salud, es el estudio interdisciplinario de la conducta humana que analiza los problemas morales de la intervención del hombre sobre la vida, la naturaleza y su entorno. Ciencia de la “Supervivencia” o “Puente hacia el Futuro” (*)

- **ÉTICA PROFESIONAL:**

Es la reflexión filosófica acerca de la moralidad del ejercicio profesional, requiere:

Haberse formado como persona y preparado como profesional con vocación, para desarrollar labores productivas o de servicio con responsabilidad, honestidad y conciencia con sentido solidario.(**)

- **ÉTICA MEDICA:**

Estudia los actos médicos desde el punto de vista moral, no es sólo el conjunto de normas morales o deontológicas es una convicción que incorpora a todas sus actividades con bondad y filantropía y una actitud de empatía (hacerse en su lugar, sentir con su piel)

Es necesaria para mantener la integridad moral del médico, ofrecer confianza y seguridad al paciente y a la sociedad. La educación continua en Ética Médica garantizará su ejercicio digno y humano.(*)

- **HUMANISMO:**

Una moral que promueve la paz, solidaridad y libertad entre individuos y pueblos, conducta que prioriza el respeto a la dignidad y al valor de la vida humana, buscando su bienestar y desarrollo multilateral.

Como movimiento ideológico apareció en el renacimiento (siglo XIV) propugnaba el retorno a la cultura grecolatina para restaurar los valores humanos (**)

Por tanto la ética médica es esencialmente humanística e integrada.

- **FELICIDAD:**

Plenitud a la que todos aspiramos y de cuya medida carecemos, cualidad de algo logrado con el resultado del buen obrar. Proporciona la sensación de autorrealización con uno mismo y su entorno, implica la vivencia de todos los valores, se extiende más allá de la realidad presente.(DRAE)

Es un estado psicológico que trasciende lo anímico, satisfacción, gusto, contento, una actitud mental conciente.

La felicidad absoluta es imposible alcanzarla por nuestras imperfecciones. (**)

CAPITULO III

HIPÓTESIS Y DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. HIPÓTESIS

“Existe un nivel bajo de conocimientos sobre ética en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UNICA que mejora con el desarrollo del curso de ética”.

3.2. VARIABLES

- Variable Dependiente: Nivel de conocimientos sobre ética.
- Variable Independiente: El curso de ética (Conferencias, Seminarios y Estudio de casos).
- Variables Intervinientes: Edad, Sexo y Religión.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

(ver cuadro en anexos)

3.3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.3.1. DISEÑO

Es un estudio longitudinal pre y post de tipo correlacional.

3.3.2. POBLACIÓN

El estudio se realiza en 132 estudiantes matriculados en el sexto año de estudios que desarrollan el curso de Ética durante el primer semestre del año 2005 en la Facultad de Medicina de la UNICA.

El total de estudiantes de medicina matriculados en el mismo año fue de 800 según la secretaria académica respectiva.

3.3.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El Estudio se realizó en las aulas de la Facultad de Medicina de Ica y se operativizó a través del uso de un pre test y un post test de conocimientos, formulados a propósito de los objetivos del trabajo, y aplicados a estudiantes del 6to año antes del inicio y en un momento posterior a la última evaluación regular del curso de Ética Médica, programado en el primer semestre del sexto año de estudios durante el año 2005.

Se aplica también una encuesta a estudiantes sin previo aviso y al final del curso tomado por el mismo autor de la investigación.

La validación y revisión de los test de conocimientos se hizo con participación de psicólogos docentes y con opinión emitida por el Comité de Ética del Colegio Médico del Perú.

En el desarrollo del curso se usó como metodología las Conferencias, Seminarios, Estudios de casos, seminarios con casuística y lecturas cortas, dando prioridad a la participación obligada al principio y luego motivada de los estudiantes por parte de los docentes, de acuerdo al silabo correspondiente que se incluye en la sección anexos del presente estudio.

3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se realizan y clasifican para formar una base de datos que se procesan computarizadamente a través del programa SPSS versión 10. Se aplican estadísticas descriptivas (frecuencias absolutas, promedios) y finalmente estadísticos de asociación como la correlación de Pearson, Chi cuadrado y T-pareada (sobre puntajes obtenidos y comparación de promedios).

Se usan gráficas de barras y sectores para representar a las variables comprendidas.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS

Después de la aplicación de los pre y postest de conocimientos y de las encuestas de opinión, en relación a los objetivos generales y específicos del estudio; se presentan los siguientes resultados en cuadros y gráficos:

CUADRO N° I

PRE TEST A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y EDAD

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

PUNTAJE	EDAD						TOTAL	
	22 - 24		25 - 27		28 - 31			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 5	15	11.36	4	3.03	3	2.27	22	16.5
6 - 10	60	45.45	16	12.12	4	3.03	80	58.5
11 - 15	26	19.69	3	2.27	-	-	29	21.9
16 - más	1	1.3	-	-	-	-	1	1.3
TOTAL	102	67.7	23	14.4	7	5.3	132	

$X^2 = 6.325$; $P = 0.7069$; $P > 0.05$; N.S.

$X = 8.23$ Desviación estándar= 2.62 Máx. = 16 Mín. = 3 Edad Promedio = 24

RELACIÓN PUNTAJE Y EDAD: de un total de 132 alumnos solo 23% (30) obtienen nota aprobatoria, de ellos el 21% (27) corresponde a estudiantes con edades de 22 - 24 años. La nota máxima fue 16, la mínima 3 y el puntaje promedio 8.2, la edad promedio 24 años, el valor de $p > 0.05$ que demuestra una relación no significativa.

CUADRO N° II

PRE TEST A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y SEXO

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

PUNTAJE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- 5	18	13.7	7	5.3	25	19
6 -10	46	34.4	29	22.1	75	57.5
11- 15	18	13.3	13	9.7	31	22
16 - más	-	0.0	1	1.3	1	1.3
Total	82	61.4	50	38.4	132	100

$X^2 = 3,345$ $p > 0.05$, NS.

RELACIÓN PUNTAJE Y SEXO: La distribución es 61.4% (82) para el sexo masculino y 38% (50) para el sexo femenino, el mayor puntaje aprobatorio lo tiene el sexo masculino con 13.3.4% (18) frente al 11 % (14) del femenino. El valor de p es mayor de 0.05 que expresa una relación no significativa.

CUADRO N° III

PRE TEST A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO Y PROCEDENCIA

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

PUNTAJE	PROCEDENCIA								TOTAL	
	ICA		LIMA		OTRAS		NO REF.			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1- 5	19	14.4	3	2.2	2	1.2	1	0.9	25	18.7
6 - 10	53	39.8	9	6.6	5	3.5	10	7.5	77	57.4
11 - 15	15	11.36	9	6.6	-	-	5	3.5	29	21.46
16 - más	1	1.3	0	0.0	-	-	-	-	1	1.3
Total	88	66.86	21	15.4	7	5.1	16	11.9	132	100.0

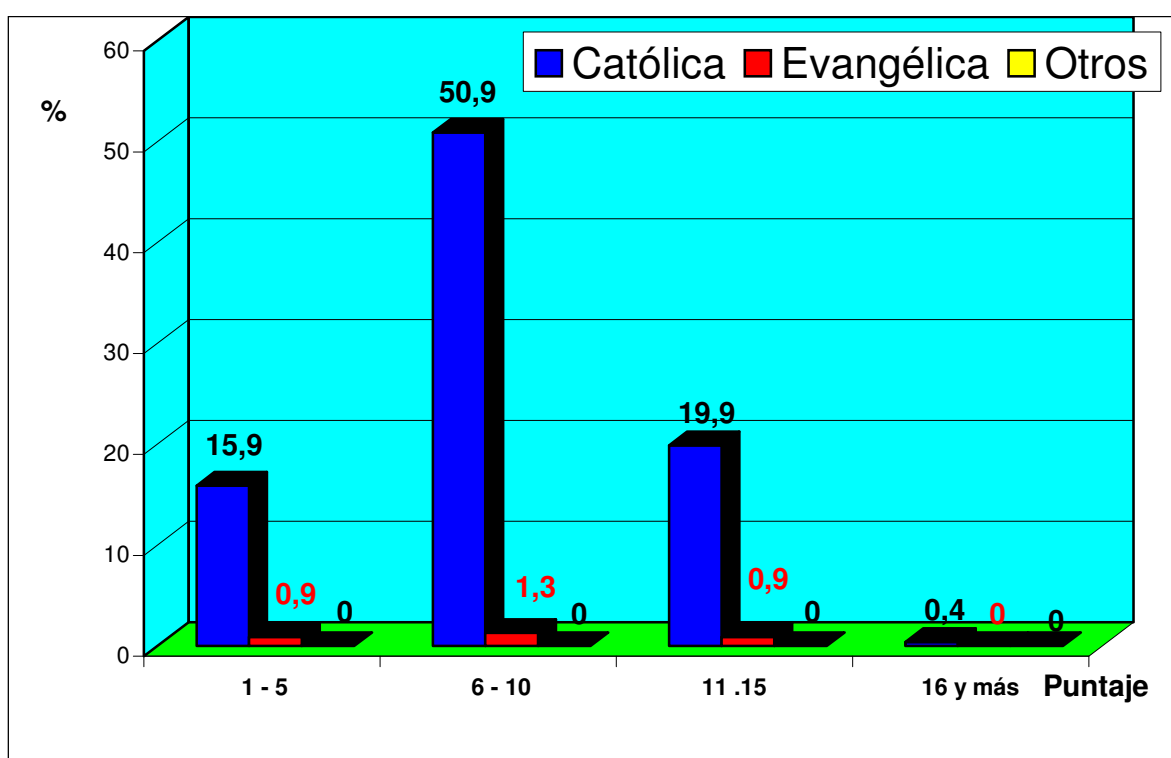
$X^2=22,416$ $p > 0.05$ NS.

RELACIÓN PUNTAJE Y PROCEDENCIA: el 67.1% (88) procede del departamento de Ica, el 15.4% (21 de Lima) y el 5.1% (7) de otros departamentos. 12.7% (16) de los procedentes de Ica obtienen nota aprobatoria, 6.6% (9) de los de Lima y 10.2% (1) de otros departamentos. El valor de $p > 0.05$ da una relación no significativa.

GRÁFICO N° 01

PRE TEST A ESTUDIANTES DE MEDICINA POR PUNTAJE SEGÚN RELIGION

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005



PUNTAJE Y RELIGIÓN: el 87.2% (115) del total de estudiantes refieren ser católicos, el 3.15 (4) son evangélicos y el 1.8% (2) de otras religiones. De ellos obtienen nota aprobatoria el 23 % (26) de los católicos y el 28% (1) de otras religiones; el valor de $p > 0.05$ en relación no significativa.

CUADRO N° IV

RESPUESTAS A PRE TEST Y POS TEST SEGÚN CONCEPTOS E INTERROGANTES SOBRE ÉTICA MÉDICA
Facultad de Medicina de la Universidad San Luis Gonzaga de Ica-2005

CONCEPTOS E INTERROGANTES	Pre Test				Post Test			
	Correctas		Incorrectas		Correctas		Incorrectas	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ética	26	19,47	106	80,53	78	59,09	54	40,91
Moral	12	8,85	120	91,15	69	52,27	63	47,73
Respeto-Dignidad	20	15,49	112	84,51	86	65,15	46	34,85
Valores morales	29	22,12	103	77,88	60	45,45	72	54,55
Acto Humano	44	33,63	88	66,37	63	43,72	69	52,27
Libertad	75	57,08	57	42,92	44	33,33	88	66,66
Responsabilidad	95	72,12	37	27,88	102	77,27	30	22,73
Solidaridad	64	48,67	68	51,33	107	81,06	25	18,94
Relación Médico-paciente	104	78,76	28	21,24	113	85,61	19	14,4
Juramento Hipocrático	32	23,89	100	76,11	54	40,91	78	59,09
Promedio de Aprobación (en %)	38,00		61,99		58,78		41,21	

X= 8.23

X = 11.58

$X^2 = 1127.638$; $P = 0.000$; $P < 0.01$; M.S.

RESPUESTAS A LOS PRE Y POSTEST: se muestra un incremento del 38% a 58.78% de respuestas correctas entre el Pre y el Posttest con un puntaje promedio de 11.58, en relación al promedio de 8.23 del pre test que evidencia una mejora creciente del nivel de conocimientos a predominio de los conceptos de ética (19%), moral (8,8%), respeto dignidad (15%) y valores (22%) que mejoran a 59%, 52%, 65% y 45% respectivamente, excepto el de libertad que disminuye probablemente en relación a diferentes interpretaciones de las preguntas otorgadas por los alumnos.

Cuadro N° V

CORRELACIÓN DE PUNTAJES Y PROMEDIOS DE PRE Y POST TEST EN ESTUDIANTES DE MEDICINA

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

PUNTAJE	CORRELACIÓN			
	Pre Test		Post Test	
	N°	%	N°	%
1 – 5	25	19,00	0	0,00
6 – 10	76	57,50	55	41.66
11 - 15	30	23,00	69	52.27
16 - 20	1	0,40	8	6.06
TOTAL	132	100	132	100
Promedio	8,23		11,58	
Desviación Estándar	2,79		3,84	
Índice de Pearson	0.69			
Prueba t Student	10.87			
Prueba del Chi cuadrado	154.235			
P	p < 0.01			

CORRELACIÓN DE PUNTAJES y PROMEDIOS POSTEST: Al aplicar la determinación del Índice de Pearson se encuentra que existe una correlación directa y significativa entre los puntajes de las pruebas de Pre y Posttest, así como en la comparación de sus promedios por la prueba de **t Student**. El valor de $p < 0.01$ es muy significativo.

Cuadro N° VI

PUNTAJE DE EXÁMENES TEÓRICOS EN EL CURSO DE ÉTICA MÉDICA

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

PUNTAJE	EXÁMENES TEÓRICOS				TOTAL	
	1° Examen		2° Examen			
	N°	%	N°	%	N°	%
1 - 5	0	0.00	0	0.00	0	0.00
6 - 10	39	29.54	23	14.42	62	23.48
11 - 15	78	59.09	65	49.24	143	54.16
16 - 20	15	11.36	44	33.33	59	22.34
TOTAL	132	100	132	100	264	100
Promedios	11.86		14.93		13.40	
Desviación Estándar	2.35		2.62		3.01	

$X^2 = 31.688$; $P = 0.000$; $P < 0.01$; M.S.

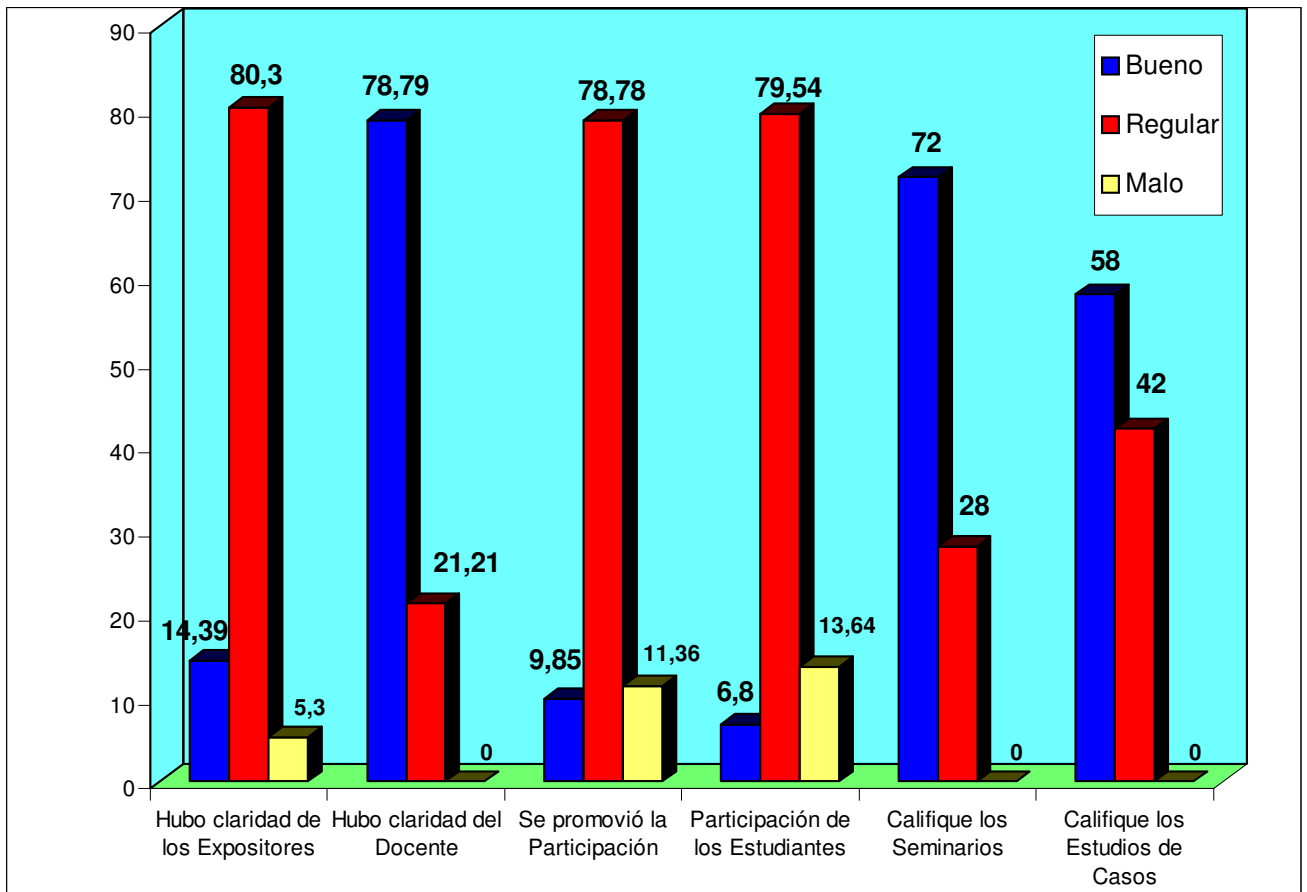
PUNTAJES DE EXÁMENES TEÓRICOS: los puntajes de los exámenes teóricos muestran incremento en el porcentaje de aprobación de 70.45% en el primer examen al 82.57% en el segundo con un promedio de aprobación de 76.51 % con los puntajes promedio respectivos de 11.86 y 14.93 con un promedio de 13.40 superior al promedio obtenido en el Posttest en probable relación al mayor énfasis de estudio de la temática de los exámenes.

El valor de $p < 0.01$ expresa una relación muy significativa.

GRÁFICO N° 02

ENCUESTA A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN CALIFICACIÓN DE LOS SEMINARIOS Y ESTUDIOS DE CASOS

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005



EN LA ENCUESTA A LOS ESTUDIANTES: Califican a los seminarios y a los estudios de caso como BUENOS el 72% y el 58% respectivamente y en relación a la claridad de los expositores-alumnos los califican como REGULARES en 80 %, claridad del docente como BUENA en 78.79 %, se promovió la participación como REGULAR para el 78.78 % y la participación de los estudiantes como REGULAR para el 79.54%.

CUADRO N° VII

ENCUESTA A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN APRECIACIÓN DE LOS SEMINARIOS EN PORCENTAJES

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

APRECIACIÓN	PORCENTAJE DE APRECIACIÓN							
	25%		50%		75%		100%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hubo atención durante el Seminario	48	36,36	60	45,45	17	12,87	7	5,31
Comprendí las exposiciones	33	25,0	48	36,36	49	37,12	2	1,52
Comprendí la importancia y significado de la E.M.	13	9,85	29	21,97	55	41,67	35	26,52
La Ética debe aplicarse a la persona, trabajo y sociedad	1	0,76	0	0,00	5	3,78	126	95,45

SOBRE APRECIACIÓN DE LOS SEMINARIOS EN PORCENTAJES:

Los estudiantes, acumulando porcentajes desde el 50% de apreciación, manifiestan que prestaron atención a los seminarios el 63% de ellos, que hubo comprensión de las exposiciones en 75%, que comprendieron bien la importancia y significado de la ética en 89%; y que la ética debe aplicarse al trabajo y a la sociedad en 95%.

CUADRO N° VIII

ENCUESTA A ESTUDIANTES DE MEDICINA SEGÚN APRECIACIÓN DE ESTUDIOS DE CASO

Facultad de Medicina de la Universidad “San Luis Gonzaga” de Ica-2005

APRECIACIÓN	PORCENTAJE DE APRECIACIÓN							
	25%		50%		75%		100%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hubo atención durante el Estudio de Caso.	34	25,75	72	54.54	23	17.42	3	2,27
Claridad en la presentación.	0	0,00	45	34.09	78	59,09	9	6,81
Comprensión del enfoque ético.	25	18,93	89	67,42	18	13,63	0	0,00
La Ética debe incluirse en toda discusión de caso clínico.	38	28,78	68	51,51	24	18,18	2	1,51
Hubo deseo de participación.	12	9,09	117	88,63	3	2,27	0	0,00

APRECIACIÓN SOBRE LOS ESTUDIOS DE CASO:

Los estudiantes, sumando los porcentajes desde el 50% de apreciación, refieren prestar atención a los estudios de caso el 74%, se refirió claridad en las presentaciones el 93%; así mismo comprensión del enfoque ético, y que debe incluirse en la discusión de los casos clínicos el 71%; y existió deseos de participación por parte de los estudiantes en el 90%.

4.2. DISCUSIÓN:

La evaluación de la enseñanza de la ética en las Facultades de Medicina del Perú es un aspecto poco desarrollado, no solo por la presencia variada e irregular de los cursos de ética en el currículo de la educación médica de Pre grado, sino también por lo complejo y controvertido de su evaluación de resultados en relación a los medios, objetivos o competencias éticas, morales, cognoscitivas y de actitud afectivo-social. De ellos, lo cognoscitivo como base teórica es mensurable a través de los Test de conocimientos o exámenes teóricos regulares. La permanencia de conocimientos básicos deben considerarse, en relación al predominio de los “exámenes cancelatorios”

La aplicación de Pre y Pos test realizados en nuestro estudio, incluyen conocimientos y el reconocer a través de interrogantes, conductas racionales adecuadas e identificables; en cambio las encuestas de apreciación de eventos exploran aspectos subjetivos que solo nos aproximan al conocimiento de actitudes a través de la opinión de estudiantes con relativa significancia. La calificación del Pre test aplicado en el presente estudio, muestra solo un 23.4% de aprobación con un puntaje promedio de 8.23, evidenciando que existía una deficiencia notable de conceptos básicos de ética, moral, respeto-dignidad y valores, identifican un nivel bajo de conocimientos, el que mejora luego de desarrollar el curso de ética y se objetiva con el resultado del Pos test aplicado en forma posterior al último examen teórico regular del curso, que alcanza a un puntaje promedio de 11.58, que corresponde a un nivel medio de conocimientos en la escala de calificación aceptada para el presente trabajo, pero que en relación al imperativo moral de cimentar el plus moral obligado, de la formación ética del médico debería alcanzar un nivel alto para ser considerado como satisfactorio o deseable desde el punto de vista ético.

Al aplicarse la correlación de puntajes Pretest - Postest, determinado por el Coeficiente de Pearson, resultó estadísticamente significativo ($p < 0.05$), así como la comparación de sus promedios, lo que permite afirmar que el incremento de conocimientos sobre ética esta en relación directa a la metodología empleada, vale decir conferencias, seminarios, estudios de casos y a la actitud de aprendizaje de los alumnos; lo que se corroboró con los porcentajes de aprobación ascendentes de los 2 exámenes teóricos regulares del curso, cuyos puntajes alcanzados y su nota promedio de 13.4, que aún es comprendido con el promedio 11.58 del Postest del estudio, correspondiente a un nivel medio de conocimientos.

Estas condiciones de correlación de puntajes de test y comparación de promedios con valores estadísticamente significativos se reporta también en el estudio de **Véliz J.** (Lima 2003⁽⁴⁾) sobre una evaluación de seminarios de ética en internos de medicina con promedio del pretest de 11.33 y del post test 14.98 y en el que se expresa, que el incremento de conocimientos y habilidades, no dependía del azar sino de la situación pedagógica, es decir de los tipos de métodos utilizados.

Se puede inferir, luego, que se incrementará también el nivel de conocimientos de ética, si su enseñanza se efectúa desde el primer año de estudios; y más aún si se considera que son estudiantes adolescentes recién ingresantes a la universidad, motivados con optimismo y predisposición a ofrecer mayor receptividad y asimilación progresiva a su desarrollo personal y para estructurar su formación integral como persona y como estudiante de medicina responsable y reflexivo de su preparación.

En relación a la encuesta aplicada a los estudiantes, el 72% de ellos calificaron como buenos a los seminarios y el 58% calificaron como buenos los estudios de caso; asimismo el 79.79% calificaron como buenas las actividades de los docentes (claridad y participación) y el 80% calificaron como regular las actividades de los estudiantes (claridad y participación).

Respecto a la apreciación de eventos por los estudiantes, éstos señalaron que hubo mayor atención para los estudios de caso en el 74%, que para los seminarios en el 63%; se consignó también comprensión en el 71% para los estudios del caso, y en el 75% en los seminarios en probable relación a la permanencia en los seminarios de dos docentes, que incrementaba las oportunidades de análisis, puntos de vista y debate. Asimismo es importante anotar que el 71% de estudiantes opinó que el aspecto ético debe incluirse en la discusión clínica patológica, hecho que en la práctica sería posible promoverla desde los niveles académicos hasta los que se desarrollan normalmente en los centros asistenciales, lo que concuerda con la expresión del **Comité Central para la Educación Médica Internacional**⁽³⁵⁾, Nueva York. “El profesionalismo y la conducta ética son indispensables para la práctica de la medicina”. Y a pesar que las encuestas de los estudiantes presentan algunas distorsiones por sentimientos o consideraciones variables a docentes, y hacia sus mismos compañeros, los porcentajes de calificación representan expresiones de importancia a considerar; como la mejor aceptación de seminarios, la labor de los docentes y el autocalificar sus actitudes como regulares.⁽⁴⁰⁾

La mayoría de informes de estudios tanto en estudiantes de pre-grado como en profesionales de la salud, refieren la mayor aceptación de los estudios de caso, por sus ventajas de interpretación y razonamientos concretos, su mayor acercamiento a los problemas morales particulares; frente a sus limitaciones, en la crítica de normas de consenso social y la de reforzar el individualismo, **Arras 1991**⁽⁴¹⁾.

En nuestro estudio, la mayor aceptación de seminarios se debería a considerarse como el método activo más conocido y practicado, con el mejor ambiente de grupo y mayor variación de opiniones y debate; por la permanencia de más docentes y porque los estudios de caso fueron menos usados y aún son novedosos y diferentes por lo tanto menos comprendidos.

Se usó también el seminario combinado con casuística en menor proporción, hecho que en otros estudios, como el de Véliz ⁽⁴⁾ informa como de buena aceptación por parte de los estudiantes.

La mayor parte de los resultados de las encuestas son expresiones sin embargo, de actitudes relativas de buena aceptación de los métodos pedagógicos, por parte de la mayoría de alumnos, así como la de haber comprendido la importancia de la ética; y la de haber mejorado en sus concepciones morales, dando evidencia cualitativa de un cambio actitudinal positivo a la ética, y que sería también posible determinar la magnitud o grado de su permanencia a futuro, durante los primeros años del ejercicio profesional sea como médico residente o como médico general; y donde se alcanzarían valores más positivos en tanto que la enseñanza de la ética, se inicie desde los primeros años de su carrera de estudios y se encuentren formas o instrumentos más adecuados para evaluar el comportamiento afectivo actitudinal con el paciente, sus compañeros y su entorno de trabajo. ^(4,24)

Referencialmente, se debe considerar que la importancia de la labor docente, en los resultados del proceso de enseñanza aprendizaje, como lo dimensiona Álvarez de la UNAM, en la **Primera Conferencia Nacional de la ASPEFAM Lima-1996** ⁽²²⁾, “La práctica docente es en realidad, el determinante en la producción de los aprendizajes reales”. No ha sido asumida a plenitud por los responsables de la conducción del proceso y por parte de los mismos docentes quienes ejecutan el currículo y los que realmente están en contacto con los alumnos para producir los aprendizajes finales, configurando un aspecto fundamental del proceso educativo en medicina a evaluar y a investigar como parte de nuestra realidad educativa considerada integralmente.

En resumen los resultados de las pruebas aplicadas y la revisión del marco teórico permiten expresar que:

- Es necesario incrementar los conocimientos de ética y promover su aplicación a las diferentes acciones personales de estudiantes y docentes con progresivo énfasis e integración a las actividades académicas y a la interrelación grupal o social intra y extramurales.
- Existe la necesidad reafirmada que la ética debe formar parte del currículo de enseñanza médica, desde el inicio del pre grado, en el post grado y con proyección a la educación médica continua.
- Es posible mejorar la enseñanza de la ética, bajo el consenso que la meta final de la educación médica y de la ética, es formar buenos médicos, preparados científicamente, con responsabilidad moral y ética con el paciente y su ámbito social e interiorizar constantemente que la ética es parte integral de la actividad humana y más aún de la práctica médica, clínica, quirúrgica, administrativa y docente, de tal manera que nos asegure tomar las mejores decisiones médicamente adecuadas y éticamente justificadas. ^(37,38).
- Existe la disposición general a identificarnos con la concepción que el docente tiene que saber ética, enseñarla con sus conocimientos, con lo que hace y siente; demostrándolo en los diferentes roles que desempeña conciente ante todo que en esencia siempre es un educador y no dejara de serlo en ningún instante. ⁽⁴³⁾
- Es importante conocer la evolución de las actitudes de enseñanza y aprendizaje de estudiantes y docentes, como expresión del grado de madurez y responsabilidad social de ambos, en el desarrollo del proceso educativo en medicina.
- Y es fundamental la evaluación periódica de los cursos de ética, de su contenido, métodos y resultados, debiendo ser considerados parte de las evaluaciones de fin de carrera últimamente instituidos y como ya sucede en otros países.

CAPÍTULO V

5.1. CONCLUSIONES

1. El estudio con 132 alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica, del área clínica (Sexto año) muestra un nivel bajo de conocimientos de ética (promedio: 8,23) en el Pretest el que se incrementa hasta un nivel medio (promedio: 11,58) con el desarrollo del curso de ética en el primer semestre del año 2005.
2. La determinación estadística de la correlación de puntajes pre y posttest (Pearson 0.69, $p < 0.05$); y la comparación de sus promedios (t de Student 10.87, $p < 0.01$) revelan valores estadísticamente significativos.
3. La opinión de los estudiantes expresa que existe un incremento en la comprensión y significado de aplicar la ética a su formación.

5.2. RECOMENDACIONES:

1. Incorporar al currículo el curso de Ética Médica desde el primer año de estudios a fin de cimentar la dimensión ética de su formación.
2. Promover trabajos de Investigación sobre evaluación de la enseñanza de la Ética Médica en los años pre-clínicos y clínicos de los estudios de Medicina.

BIBLIOGRAFÍA:

1. **Sánchez A.** “Ética”, editorial civilización, México D.F. 1969.
2. **Pellegrino Ed, Hart RJ Jr. Henderson SR., Loeb SE, Edwards G.** Relevance and utility of courses in Medical ethics. JAMA. 1985; 253, 1: 49-53.
3. **Organización Panamericana de la Salud**, “Bioética, Temas y Perspectivas, Pub. Científica – N° 527, Washinton, D.C. 1990 153 – 56
4. **Véliz J.** “Evaluación de Seminarios de Ética Médica” Rev. Acta Medica Peruana Vol. 20, N° 3 Lima Perú 2003, 117 – 124
5. **Perales A., Ortiz P. Norberto V.** “Estudio comparativo pre y post de un programa de capacitación de ética y bioética en profesores de medicina”, Inst. de ética UNMSM, Rev. Am. Fac. Med. Lima 2005, 66 suppl. 1 S 57.
6. **Durand J., Espinoza P., del Carmen C., Infante M. Arcaya M. Ortiz P.** “Contenidos educativos que contribuyen a la formación de valores de los estudiantes de la Facultad de medicina UNMSM”, Departamento de Enfermería Lima 2005, 66 Suppl 1 S – 58.
7. **Alarcón J., Piscoya J., Gutierrez C. , Reyes M. ,** “Enseñanza De La Bioética en las escuelas de medicina en Perú” Departamento Académico de Medic. Preventiva y Salud Pública, facultad de medicina UNMSM, Lima 2005, 66 Suppl. 1 S – 58.
8. **Sogi C. Zavala S, Ortiz P.** ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? Instituto de ética, Revista anales de la Fac. de Med. UNMSM. Lima 2005, 66, 2: 174-185.
9. **Alvarez S. Aranguren J., Fernandez M.** Historia de la ética, edt. Critica, Barcelona Tomos I - II – 1998.
10. **Vélez L.** Ética Médica, 3era edición Corporación de Investigación Biológicas Medellín Colombia, 2003.
11. **Sánchez F.** Temas de Ética medica, instituto Colombia 1958:
<http://www.ancolombia.com.eticamedicaindice.htm>
12. **Gracia D.** Fundamentación y Enseñanza de la Bioética, editorial Buho, Bogotá Colombia 1998.

13. **Otero J.** Filosofía ética y Moral, Rev. Diagnóstico, Vol.34 N°5 1995, 40–45.
14. **Torres C.** Normas Éticas Internacionales Rev. Medicina Contemporánea N° 39 Colombia 1992, 3 – 7.
15. **Cantu P.** Consideraciones sobre Ética Deontología y Bioética, Rev. Salud Publica, Vol. 3, N° 1, Universidad Autónoma de Nueva León, México 2002
16. **Llanos R.** Bioética y Humanismo, Rev. Diagnóstico, Vol. 37 N° 6, 1998, 362 – 365.
17. **Fagothey A.** Ética, Teoría y aplicación, Edit. Mc. Graw Hill, 5ta edición 1995 México.
18. **Castro R.** Ética Profesional USMP. Lima 1998,
19. **Maravi A.** El Problema de la Ética y la Moral, texto de filosofía, UIGV, 1era ed. Cap. 5 Lima 2000 171 – 206.
20. **Salaverry O.** Una Visión Histórica de la Educación Médica UNMSM, Lima - Perú.
21. **Bustios C.** Notas sobre la Historia de la Educación Médica en el Perú, I y II partes, Rev. acta medica peruana, Vol. 20 N° 2. Lima 2003, 94 – 107; 133 – 149.
22. **Asociación Peruana de Facultades de Medicina**, 1era Conferencia Nacional de Educación Medica, centro de información UPCH, Lima 1997, 44 – 45
23. **Comisión de Acreditación de Facultades de Medicina**, Seminario Internacional de Auto evaluación y Acreditación de Facultades de Medicina, Boletín año 1, N° 2, Lima 2002; 42 – 60
24. **Vera E.** La Enseñanza de la Ética en el Pre Grado UNMSM, Rev. Med Vol. 14 N° 2
25. **Villegas A.** Ética y Formación Médica, Rev. Fac. Med. Colombia Vol. 39, 1985, 37-39.
26. **Quintana C.** Algunos Aspectos de la Enseñanza de la Bioética, boletín escuela de medicina UPC – Chile 1998 <http://escuelamed.pvcd/pag./public/bol.thm./ética>.
27. **Rosso R.P.**, Enseñanza de la Bioética en las Escuelas de Medicina UPC - Chile, Centro de Bioética, Vol. 1 N° 1 1996.
28. **Doceú Patrao N.** Fundamentación Antropológica de la Biótica, Universidad de Acores, Dep. de Filosofía, Portugal 1984.

29. **Andreau M.** La Enseñanza de la Bioética en el Nordeste, Facultad de Medicina de Chaco Argentina. <http://www.edu.arg/cyt/2002/09/edu/ez>
30. **Galan R.** Enseñanza de la Ética Médica, Rev. Medica medicina contemporánea, Edit. Lamer Bogota Colombia 2000.
31. **Asociación Médica Mundial**, Política y Resolución, sobre Inclusión Curricular de la Ética, 51° Asamblea - Tel Aviv - Israel 1999.
32. **Larios H.** Ética en la Formación del Médico, UNAM, México 2004
<http://www.facul.med/UNAM.nex.eventos/sean>.
33. **Barrios J.** El Tema de la Ética, Universidad Complutense, Madrid España 2001.
34. **Ortiz P.** La Formación de la Personalidad Edit. Stela CDE. Lima Perú 1997.
35. **Allego A. L.** Ética y Educación, Red Electrónica de la Sociedad de Ética y Medicina. <http://comintranet.net.ers/revista> 2003.
36. **Universidad Nacional “San Luis Gonzaga” de Ica**, Estatuto de la Universidad de Ica 1986.
37. **Ramírez Rd.** Faceta Humana del Médico, Rev. Diagnostico Vol. 34 N° 2 Lima 1995, 38 – 43.
38. **Echevarry J.** Tendencias en la Enseñanza de la Medicina, Facultad de Medicina Buenos Aires Argentina.
<http://fac.org.arg/sani/cardio/etcheve/htm>.
39. **Venturelli J.** Educación Médica, 2da Edic. OPS. Washinton, EUA 2003 164 – 170.
40. **Canales I.** Evaluación Educativa, 2da Edic. Facultad de Educación UNMSM, Asociación Grafica Educativa Lima 1999
41. **Arras J. D.** Getting Down To Cases The Revival of Casuistry in Bioethics, med. Philos op 161 1991, 23 – 29.
42. **Organización Panamericana de la Salud**, Conferencia Mundial de Educación Médica, Rev, edu médica en salud, vol. 28 N° 1 Washington, 1997.
43. **Organización Panamericana de la Salud**, Cumbre Mundial de Educación Médica, Declaración de Edimburgo, Rev. Cubana de Educ. Medica 2000.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

- A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**
- B. PRETEST DE CONOCIMIENTOS**
- C. ENCUESTA DE OPINIÓN A ESTUDIANTES**
- D. SÍLABO DEL CURSO DE ÉTICA MÉDICA**

A. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO	FUENTE
Nivel de conocimientos de Ética Médica	Conjunto de ideas, conceptos	Dependiente	Cuantitativa	Alto 16 - 20 Medio 11 - 15 Bajo 10 - 06 Muy Bajo 05 - 01	Pre-test Post-test	Calificaciones
Métodos de enseñanza y aprendizaje	Conferencias, seminario, estudio de caso	Independiente	Cualitativa	Bueno Regular Malo	Encuestas	Currículo
Actitudes de aprendizaje	Atención, comprensión, participación	Independiente	Cualitativa	A = Favorable B = No favorable	Encuestas	Estudiantes
Sexo	Género	Interviniente	Cualitativa	Masculino Femenino	Encuestas	Estudiantes
Religión	Doctrina	Interviniente	Cualitativa	Católica Otras	Encuestas	Estudiantes

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

B. PRE TEST: FUNDAMENTOS DE ÉTICA MÉDICA-2005

Edad : **Sexo (M) (F)** **Procedencia :**
Año de estudios : **Religión :**

1. **Concepto de ética, marque lo correcto.**
 - a) Estudia los valores.
 - b) Se llaman moral y comparte principios.
 - c) Rama de la filosofía que trata de la moral.
 - d) Estudia el comportamiento del hombre
2. **Sobre la moral es un conjunto de normas:**
 - a) Que se aceptan por formalismo.
 - b) Que no tiene relación a normas jurídicas.
 - c) Que se suceden como racionales.
 - d) Normas aceptadas con libertad y conciencia.
3. **El hombre merece respeto y dignidad por:**
 - a) La capacidad de practicar valores.
 - b) Ser miembro activo de la sociedad.
 - c) Ser como persona un fin y no sólo un medio.
 - d) Su naturaleza y espíritu.
4. **Señale el mejor concepto de valores. Son...**
 - a) Expresiones del espíritu.
 - b) Objetivos ideales a exteriorizarse.
 - c) Objetivos ideales que realizan a la persona.
 - d) Son ideales referenciales de vida.
5. **Señale las características fundamentales del acto humano.**
 - a) Conciencia, nobleza y veracidad.
 - b) Conciencia, libertad y solidaridad.
 - c) Racionalidad, lealtad y solidaridad.
 - d) Racionalidad, valentía y responsabilidad.
6. **Señale el mejor concepto de libertad:**
 - a) Decidir los actos a libre voluntad.
 - b) Decidir por sí mismo con responsabilidad.
 - c) Opinar y actuar con conciencia.
 - d) Hacer lo que no se oponga a la Ley.
7. **El mejor concepto de responsabilidad:**
 - a) Capacidad de declarar sus actos.
 - b) Actuar conforme a la realidad.
 - c) Acción de reconocer sus actos ante la ley.
 - d) Ser consciente y libre de reconocer sus actos.
8. **El mejor concepto de solidaridad:**
 - a) Una adhesión moral circunstancial.
 - b) Identificar a los otros con a propia dignidad.
 - c) La obligación moral en común.
 - d) Una comunidad de interés y responsabilidad.
9. **La relación médico paciente debe ser una relación...**
 - a) Profesional.
 - b) Personal.
 - c) Paternalista.
 - d) Autónoma.
10. **Señale el principio fundamental del juramento hipocrático:**
 - a) Brindar servicios sin lucro ni gloria.
 - b) Respeto por la salud y la vida.
 - c) Primero favorecer y no dañar al paciente.
 - d) Afán de actuar con sabiduría
11. **Sobre ética lo incorrecto es:**
 - a) Comprende todo comportamiento.
 - b) Reflexión racional de la moral.
 - c) Es un medio para vivir mejor.
 - d) Arte de cómo vivir bien.
12. **Sobre moral, lo incorrecto es:**
 - a) Saber práctico traducido en normas.
 - b) Se integra al ser de cada hombre.
 - c) Es totalmente racional.
 - d) No hay hombre sin moral.
13. **En el trabajo intelectual, lo más importante es:**
 - a) Comprensión.
 - b) Análisis.
 - c) Síntesis.
 - d) Interpretación.
14. **El valor más importante para el hombre es:**
 - a) Verdad.
 - b) Libertad.
 - c) Amor.
 - d) Solidaridad.
15. **La característica humana más importante es:**
 - a) Convicción.
 - b) Meditación.
 - c) Lenguaje.
 - d) Comprensión.
16. **El uso de la libertad permite:**
 - a) Obrar.
 - b) Elegir.
 - c) Trascender.
 - d) Comunicarse.
17. **Sobre responsabilidad, lo incorrecto es:**
 - a) Es un compromiso con la verdad.
 - b) Sólo se forma por el ejemplo.
 - c) Es respeto a normas y reglamentos.
 - d) La coherencia moral es determinante.
18. **El término que mejor describe a la solidaridad es:**
 - a) Capacidad.
 - b) Vínculo.
 - c) Derecho.
 - d) Deber.
19. **La relación médico-paciente es una relación de:**
 - a) Consciencia – Esperanza.
 - b) Consciencia – Confianza.
 - c) Voluntad – Servicio.
 - d) Carácter – Obediencia.
20. **El Juramento Hipocrático tiene un mayor contenido de:**
 - a) Principios.
 - b) Promesas.
 - c) Reverencias.
 - d) Arengas.

C. ENCUESTA A ESTUDIANTES DE MEDICINA - 2005

DE CASO: Marque BUENO (B), REGULAR (R) y MALO (M), según corresponda.

- Hubo claridad por parte de los expositores. ()
- Hubo claridad por parte de los docentes. ()
- Se promovió la participación. ()
- Califique la participación de los estudiantes. ()
- Califique los seminarios ()
- Califique los estudios del caso ()

CALIFIQUE SU APRECIACIÓN EN PORCENTAJES SOBRE LOS SEMINARIOS: 25%, 50%, 75% ó 100%.

- Hubo atención durante el seminario en un ()
- Comprendí la exposición en un ()
- La ética debe aplicarse a la persona, trabajo y sociedad, en ()

CALIFIQUE SEGÚN SU APRECIACIÓN EN PORCENTAJES: 25%, 50%, 75% ó 100%, SOBRE LOS ESTUDIOS DEL CASO:

- Hubo atención en un ()
- Hubo claridad en la presentación en un ()
- Comprendí el enfoque ético en un ()
- La ética debe incluirse en las discusiones de casos, en un ()
- Hubo deseo de participación en un ()

OBSERVACIONES:

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA” DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
DEPARTAMENTO ACADÉMICO DE CIRUGÍA

S Í L A B O

I. IDENTIFICACIÓN:

Nombre del curso	: ÉTICA MEDICA Y SOCIEDAD
Semestre Académico	: I - 2005
Año Académico	: 2005
Periodo Cronológico	: 26 de Marzo - 16 de Julio 2005
Código	: OM 111
Créditos	: 02
Horas Semanales (Teoría)	: 02
Profesor Responsable	: MG. León Llacsá Soto.
Profesores Invitados	: Dr. Juan Ceccarelli Flores Dr. Jorge Chanllío Lavarelo Dra. Hilda Raffo Angulo MG. Nancy Rivadeneyra Bautista Dr. Rafael Torres Godomar Dr. Daniel Valdiviezo Franco MG. Juan Aguirre Beltrán MG. Julia Neyra Goyoneche

II. SUMILLA:

El curso de ética medica y sociedad tiene por finalidad que los estudiantes interioricen los conceptos fundamentales de ética para la aplicación de sus principios, valores morales y deontológicos en el desarrollo de su formación frente al paciente, a sus compañeros, y a los miembros del equipo de salud en los diferentes ámbitos del trabajo médico y de la comunidad.

III. COMPETENCIAS

COMPETENCIAS GENERALES

CONCEPTUALES	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
Conocer y comprender los principios éticos y morales establecidos. Su utilidad en su formación estudio, trabajo y sus relaciones	Investigar fuentes de estudio. Organizar la información en el campo de la cultura general y en el específico	Desarrollar en su formación; responsabilidad, abnegación y empatía. Interés y decisión por cultivar el autoperfeccionamiento.

COMPETENCIAS ESPECIFICAS

CONCEPTUALES	PROCEDIMENTALES	ACTITUDINALES
Identificar conceptos y principios éticos y morales. Formular juicios críticos morales.	Analizar e interpretar problemas éticos. Aplicar el razonamiento ético y moral a la relación médico paciente y al trabajo en equipo.	Ejercer respeto, comprensión y tolerancia con el paciente, compañeros y profesores. Aplicar la crítica reflexiva en la discusión y estudio de caso.

IV. CONTENIDO PROGRAMÁTICO:

Conferencia (C) - Seminarios (S) – Estudios de Caso (EC) - Lectura Corta (LC)

Sem	Fecha	Tema	Docente
01	26-03-05 (C)	Presentación del curso, pre test. Bases Filosóficas e Historia de la ética Médica.	MG. Llacsá
02	02-04-05 (C), (LC)	La Moral, Moralidad y Valores. Conciencia y Responsabilidad Moral, Juramento Hipocrático, Ética Médica, Formación Moral del Médico. Moralización de la Sociedad.	MG. Llacsá
03	09-04-05 (C), (S) (D C)	Bioética, principios: Autonomía, beneficencia y justicia. Ética clínica, problemas éticos - morales, consentimiento informado.	Dr. Chanllío Dr. Torres
04	16-04-05 (C), (S)	Ética y trabajo, ética profesional, relación médico – paciente. Tipos, relaciones interpersonales, certificación médica.	Dr. Ceccarelli Dr. Valdivieso
05	30-04-05 (C)	Deontología médica, códigos de ética, código internacional. Declaración de Helsinki, de Sydney. Análisis crítico del Código del CMP.	MG. Chacaltana MG. Llacsá
06	07-05-05 (C), (S)	Ética y sexualidad, doble moral sexual, desviaciones, educación sexual, planificación familiar, anticoncepción, el aborto, SIDA, acoso sexual.	Dra. Guerrero MG. Llacsá
07	19-05-06 (C), (S)	Ética y reproducción humana, manipulación genética, genoma humano, reproducción asistida.	Dra. Raffo MG. Llacsá

08	14-05-05 (C), (S)	Ética y enfermos críticos, terminales, etapa final de la vida, actitud ante la muerte, eutanasia, calidad de vida, suicidio.	Dr. Ceccarelli MG. Chacaltana
09	21-05-05	I EXAMEN PARCIAL	
10	28-05-05	Ética, política y sociedad, Ciudadanía DD.HH. Responsabilidad social, dialogo ciudadano.	MG. Llacsá
11	04-06-05 (C), (EC)	Ética y reanimación cardiopulmonar, conducta en UCI, orden de no reanimar, concepto de muerte.	MG. Rivadeneyra Dr. Ceccarelli
12	11-08-05 (C), (EC)	Ética y cirugía no justificada, transplantes de órganos y tejidos.	MG. Aguirre
13	18-06-05 (C), (S) (D C)	Ética e investigación, investigación con seres humanos y animales, derechos del paciente, propiedad intelectual.	MG. Neyra Dr. Torres
14	25-06-05 (C), (S)	Ética e Industria Farmacéutica, prescripción medicamentos, decisiones terapéuticas, efectos placebo.	Dr. Valdivieso
15	02-07-05 (C), (EC)	Ética y leyes jurídicas, ley del trabajo médico, malpraxis, impericia, negligencia, violencia y corrupción.	Dr. Torres Dr. Arizaca
16	09-07-05 (C), (S)	Ética y salud pública, distribución y gestión de recursos, relación población medio ambiente, ética ecológica.	MG. Llacsá
17	16-07-05	II EXAMEN PARCIAL	

V. PROCEDIMIENTOS DIDÁCTICOS (METODOLOGÍA)

5.1. CONFERENCIAS (C)

Exposición oral del docente sobre información básica referida a temas de los seminarios con participación de estudiantes, asistencia obligatoria.

5.2. SEMINARIOS (S)

Exposición de conclusiones temáticas por grupos de alumnos con asesoría de profesores, con un mínimo de 10 intervenciones por parte de los estudiantes.

5.3. DISCUSIÓN DE CASOS Y LECTURA CORTAS (DC) (LC)

A cargo de grupos de alumnos que discuten y concluyen en el aula las correlaciones clínico – morales y éticas. Asistencia obligatoria. Lecturas cortas de temas para analizar y emitir conclusiones de enfoques éticos.

5.4. MONOGRAFÍA

Mínimo de 15 páginas sobre temas sugeridos:

<ul style="list-style-type: none">- Relación Médico Paciente, Habilidades de Comunicación.- Comités de Ética Asistencial- Ética y Psicoanálisis- Estrategias de Moralización- Ontología Médica.- Ética Autoritaria y Humanística	<ul style="list-style-type: none">- La Mayéutica de los Padres- Bioética y Leyes- Efecto Placebo y Ética- Consejo Genético, Infertilidad.- Ética de la Calidad de Vida- Ética y Medicina Alternativa- Ética y Docencia
---	--

VI. RECURSOS

LOCAL: Aula asignada por la Facultad

INSTRUMENTOS: Sílabos, hojas de control de asistencia, material de enseñanza, retroproyector, data display.

VII. EVALUACIÓN

De acuerdo al Reglamento de Evaluación de la Facultad de Medicina Humana de la UNICA.

La clasificación consta de:

- Teoría : 2 exámenes teóricos 50 %
- Práctica : Seminarios 20 %
Participación activa 20 %
Monografía 10 %

La aprobación del curso requiere promedio mínimo de 10.5 y la asistencia mayor al 70 %

VIII. FUENTES DE INFORMACIÓN

No hay textos obligatorios, se recomienda los siguientes:

Nº	AUTOR	TÍTULO	EDITORIAL	AÑO
1	Velez C. Luis	Ética Médica	CIB. Colombia	2003
2	O.P.S.	Bioética	U.S.A.	1990
3	Best R. Leopoldo	Teoría de los Valores y Ética	Edit. San Marcos Lima	1989
4	Castro R. Rita	Ética Profesional	Edit Universitaria – Lima	2001
5	Polo S.	Ética, Modo de Vida Ecología	Edit. Mantaro - Lima	2001
6	Gispert C. Jorge	Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica	Edit. El Manual Moderno	2001
7	Gracia Diego	Fundamentación y Enseñanza en la Bioética	Edit. Buho - Bogotá Colombia	1998